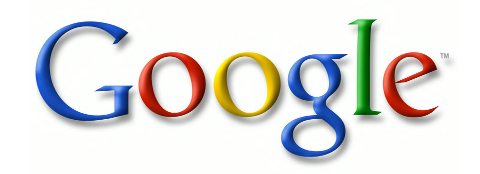
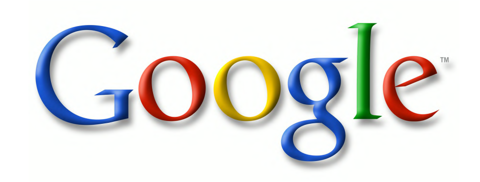
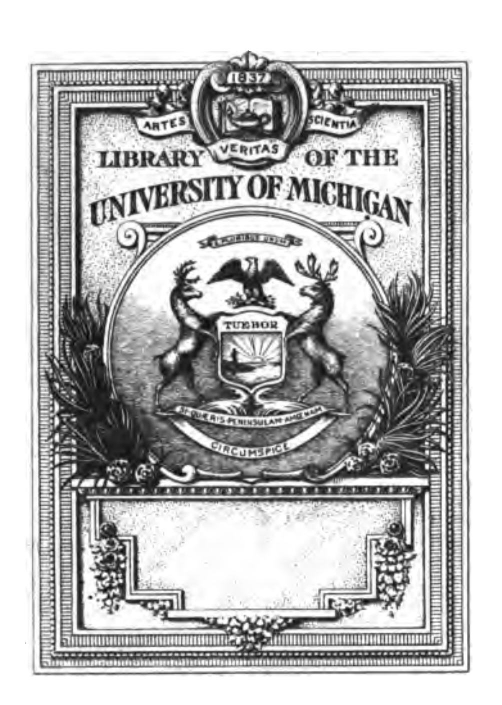
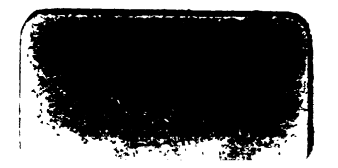

Google




A 3 9015 00378 972 7
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

IV.

Conditions de l'abonnement :

Les *Annales de la chirurgie française et étrangère* sont publiées tous les 15 du mois, depuis Janvier 1841, par cahier de huit feuilles in-8° (128 pages), caractère philosophie pour les mémoires, et petit-texte pour les Variétés et la Bibliographie.

Prix de l'abonnement par an, à Paris : 20 *fr.*

Franc de port, pour les départemens : 24 *fr.*

ON S'ABONNE CHEZ LES LIBRAIRES SUIVANS, *à :*

Amsterdam, Van Bakkenes, Caraalsen.
Besançon, Bintot.
Berlin, Behr, Hirschwald.
Bordeaux, Ch. Lawalle.
Brest, J. Hébert, Lepontois.
Bruxelles, J.-B. Tircher.
Dublin, Hodges et Smith.
Edimbourg, Maclachlan et Steward.
Florence, G. Piatti, Ricordi et Jouhaud.
Genève, Cherbulliez et C°.
Leide, Luchtmans, Vander Hoek.
Leipzig, L. Michelsen, Brockhaus et Avenarius.
Lyon, Ch. Savy.
Liège, Collardin, J. Desoer.
Lisbonne, Rolland et Semiond.
Marseille, v^e Camoin, v^e Chaix.
Madrid, Denné, Hidalgo et C°.
Milan, Dumolard et fils.
Montpellier, L. Castel, Sevalle.
Moscou, v^e Gautier et fils, Urbain et Renaud.
Nancy, Grimblot, Senef.
Nantes, Buroleau, Forest.
Perpignan, Julia frères.
Pétersbourg, Bellizard et C°, Graeffe, Hauer et C°.
Rochefort, Duguet.
Rouen, E. Frère.
Strasbourg, Dérivaux, v^e Levrault.
Toulon, Monge et Villamus.
Toulouse, Lebon, Gimet, Delboy, Senac.
Turin, J. Bocca, Pic.

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, 5.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

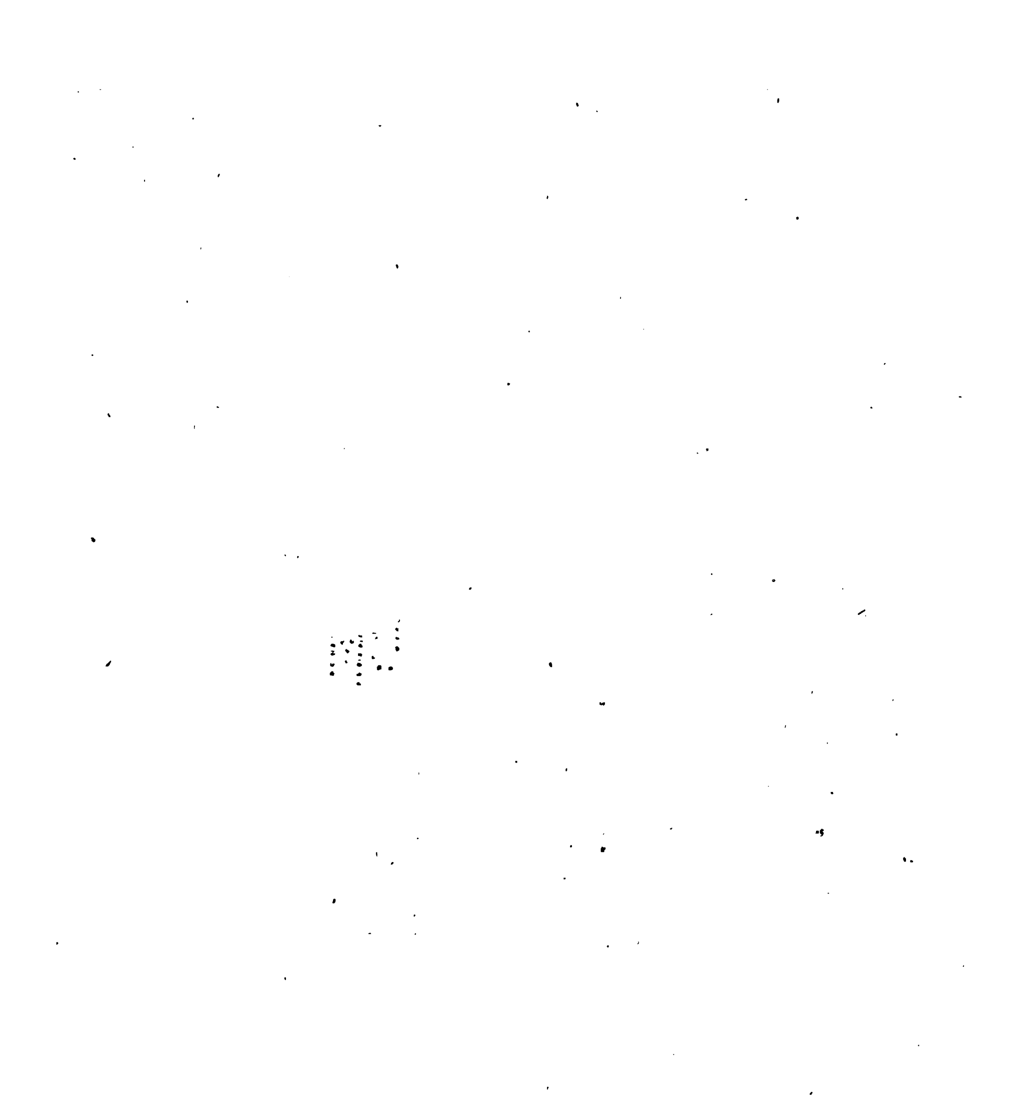
FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR MM. BÉGIN, MARCHAL (de Calvi), **VELPEAU**
ET VIDAL (de Cassis).

TOME QUATRIÈME.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET,
Et chez les principaux libraires français et étrangers.
1842.



ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Plaie par instrument piquant et tranchant dans le creux axillaire. — Ligature de l'artère sous-clavière droite. — Chute de la ligature au neuvième jour. — Hémorrhagies. — Ligature du tronc brachio-céphalique à minuit. — Mort du sujet.

Par M. F. Hutin, chirurgien principal d'armée à Oran.

Le 28 octobre 1841, deux soldats de la 1re compagnie des pionniers de discipline, en station à Oran, se prirent de querelle et résolurent de vider le différend dans un combat singulier. Comme on ne laisse pas d'armes à la disposition de cette classe de militaires, les deux adversaires démontèrent une paire de ciseaux, en attachèrent les branches à des bâtons, et se rendirent sur le terrain. L'un d'eux, le nommé Cormier (Nicolas), né à Nantes, le 11 mars 1815, fut blessé à l'aisselle droite. Une forte hémorrhagie se manifesta, au moment où l'arme sortit de la plaie, que les témoins comprimèrent au moyen de mouchoirs; et le blessé fut immédiatement apporté à l'hôpital militaire central, où le chirurgien de garde et l'aide-major de service le reçurent vers trois heures du soir. Le premier appareil enlevé, aucune hémorrhagie ne se manifesta : l'on se borna donc à faire un pansement simple.

Le lendemain matin à ma visite, je trouvai le blessé dans l'état suivant :

Constitution forte et vigoureuse ; pas d'altération dans les traits de la face ; pas de douleur ; pouls sans trop d'élévation ; environ quatre-vingt-dix pulsations régulières par minute ; respiration libre et facile. La plaie, de six à huit millimètres d'étendue verticale, est située au centre du creux axillaire ; les bords sont assez rapprochés pour laisser espérer une réunion prochaine mais non immédiate ; car entre eux existe un écartement d'un à deux millimètres au plus, rempli par un caillot fibrineux. Craignant de renouveler une hémorrhagie heureusement arrêtée, mais dont aucun homme de l'art n'avait été le témoin, je respectai ce caillot et je refis le pansement de la veille avec tout le soin convenable.

Pendant trois jours aucun accident ne survint. Au quatrième, le chirurgien de garde me fit appeler auprès du malade, qui venait d'avoir une hémorrhagie. L'écoulement du sang avait cessé lorsque j'arrivai, et je respectai le pansement qui l'avait suspendu. Dans le cours des huit jours suivans, trois nouvelles hémorrhagies eurent lieu ; mais toujours elles s'arrêtèrent d'elles-mêmes, quand on enleva les appareils placés sur la plaie ; l'on n'en était averti que par les taches faites aux bandages.

Le 9 novembre, douzième jour après l'accident, au moment où j'entrais dans la salle, continuant ma visite, j'entendis des cris plaintifs, poussés par le malade, en proie à des douleurs intolérables et demandant avec instances à être pansé. Pour la première fois, il accusait autant de douleurs à l'aisselle ; je les attribuai à la gêne que devaient nécessairement lui causer les linges imprégnés de sang desséché, qui depuis quatre jours n'avaient pas été changés.

Au moment où j'enlevai la dernière pièce d'appareil, un sang vermeil jaillit avec une force telle, qu'il semblait poussé d'une manière saccadée par un piston, à travers une plume à écrire. Cette double comparaison donne une idée exacte de la *force* et du *volume* du jet.

Fermer la plaie, en y appliquant le doigt, et chercher à comprimer l'artère sous-clavière, ce fut prompt comme la pensée ; mais la compression ne put être faite, en raison de la position du malade, qui n'en pouvait pas prendre d'autre. Sous les tégumens de l'aisselle, je sentais une crépitation et une distension bien douloureuse, signes certains d'un décollement rempli par des caillots sanguins.

Pour ne plus jaillir au-dehors, le sang ne s'échappait pas moins de l'artère ouverte, et la poche augmentait de volume d'une manière incessante. Je débridai l'angle inférieur, afin d'introduire le doigt jusqu'au fond de la plaie; et pour la première fois le trajet de celle-ci fut ainsi reconnu. Elle se dirigeait de bas en haut et vers le bras, dans l'étendue de quatre centimètres environ. Le doigt d'un aide alla fermer l'ouverture même du vaisseau, et maîtrisa de cette manière une perte vraiment effrayante.

En présence de faits semblables, je n'hésitai pas sur le parti que j'avais à prendre; et sans plus de retard que celui dont j'avais besoin pour préparer les objets nécessaires et disposer le malade et les aides, je liai l'artère sous-clavière, en dehors des scalènes.

Le malade étant assis sur son lit, au grand jour, le dos appuyé contre des matelas roulés, l'épaule déprimée par la main gauche de l'aide dont l'index droit, introduit dans la plaie de l'aisselle, bouchait la lumière de l'artère lésée, j'incisai les tégumens parallèlement à la clavicule et à deux

centimètres environ au-dessus de cet os. Je donnai à cette incision à-peu-près quarante-cinq millimètres d'étendue, entre le bord externe du sterno-mastoïdien et le trapèze. Une artériole capillaire ouverte fut liée tout de suite, et à partir de ce moment le malade ne perdit pas une goutte de sang. Je puis évaluer à une cuillerée à café la quantité fournie par ce petit vaisseau avant sa ligature. — La veine jugulaire externe fut déjetée en dedans et en avant, et l'aponévrose incisée convenablement sur la sonde cannelée ; les tissus lamelleux sus-jacens étant écartés au moyen de la sonde et du doigt indicateur gauche, je pus bientôt reconnaître le tubercule de la première côte et l'artère elle-même.

Au moment où je cherchais à isoler celle-ci aussi complètement que possible, le malade s'écria qu'*il suffoquait*, et une syncope survint, précédée d'un râle inquiétant, de dyspnée et de renversement complet des traits de la face. J'avais sans doute heurté de l'ongle un filet du pneumo-gastrique ou du trisplanchnique, dévié de sa voie ordinaire. Enfin la syncope se passa, l'opération fut terminée aussi heureusement que possible, et l'artère étant liée avec un fil double d'une force convenable, je rapprochai les bords de la plaie.

L'hémorrhagie axillaire avait cessé, les battemens étaient suspendus dans la radiale, la cubitale et la brachiale; j'étais sûr que la ligature était complète.

La chaleur n'abandonna pas un seul instant le membre, et pendant cinq jours le malade alla de mieux en mieux. Au sixième, c'était le 15, il se leva sans me consulter; fit un tour de salle, et se rendit aux latrines placées à l'extrémité de la cour. Là, il fit des efforts de défécation, et sentit à l'instant même que le sang s'écoulait de la plaie

de l'aisselle. Le chirurgien de garde arrêta cette hémorrhagie avec de la charpie imbibée d'eau fraîche. Dans la nuit, nouvelle perte de sang. Le 16, à 7 heures du soir, une autre survint encore.

Toutes ces hémorrhagies étaient peu abondantes, mais elles ne laissaient pas d'être fort inquiétantes; car elles prouvaient qu'une anastomose rapportait le sang dans l'axillaire : et qui pouvait dire comment cela se terminerait?

Le 18, je trouvai le bandage de la plaie sus-claviculaire tout imprégné de sang. Le malade ne s'était pas aperçu qu'il avait eu par là une nouvelle hémorrhagie. L'odeur fétide de ce bandage et des bourdonnets placés sous l'aisselle, nécessita un double pansement; la ligature de la sous-clavière se trouva dans les pièces d'appareil, tombée au neuvième jour de l'opération, et entraînée par le pus.

Il est inutile de dire toutes les recommandations de précaution que je fis au malade, en voyant cette chute malencontreuse et prématurée! Je craignais à chaque instant de voir jaillir le sang.

Par suite de l'opération, *Cormier* était atteint d'une toux sèche et fréquente que je combattais de toutes manières, mais dont je ne pus me rendre maître. Les secousses qu'elle déterminait me faisaient redouter l'issue du sang, et malheureusement elle arriva.

Une hémorrhagie survint à 5 heures du soir, par l'extrémité sternale de la sous-clavière divisée; une autre à huit heures, et une troisième à dix heures et demie de la nuit. Ne voyant plus d'autre ressource, je me décidai à lier le tronc brachio-céphalique, et à le lier immédiatement.

Il était onze heures du soir, et à la lueur de trois bougies, j'entrepris et conduisis à bonne fin l'une des opérations les

plus rares et les plus difficiles de la chirurgie. J'adoptai le procédé combiné de M. le professeur Velpeau, n'ayant que deux aides, M. Fraichinet, chirurgien de garde, et M. le docteur Candé, chirurgien aide-major, plus trois ou quatre infirmiers. Je fus assez heureux pour écarter nerfs, artères et veines, de manière à n'avoir pas une cuillerée de sang.

A pareille heure, une opération semblable ne pouvait être faite promptement; aussi fut-elle longue et douloureuse. Le malade, fatigué plus encore que souffrant peut-être, poussait des plaintes sans fin, et chaque cri apportait brusquement au devant de mes instrumens des organes, qu'il était déjà si difficile et pourtant si essentiel d'éviter. Plusieurs fois, force me fut de suspendre pendant quelques instans, pour attendre un calme nouveau. Enfin, l'artère fut isolée sans aucune lésion des parties voisines; quatre fils réunis en ruban étreignirent le vaisseau; une autre ligature d'attente et de précaution fut placée, et après de longues et cruelles souffrances pour mon pauvre malade, je terminai le pansement, disant dans toute l'effusion de mon cœur, avec le bon Paré : *Je vous ai pansé, que Dieu vous guérisse.*

Depuis ce moment, il y eut un affaissement interrompu de temps en temps par des cris plaintifs sans suite, et le lendemain, 19, vers onze heures du matin, Cormier s'éteignit.

Le 20, à neuf heures, eut lieu l'examen du cadavre, en présence de nombreux témoins; j'affectai de ne pas y toucher moi-même. — La ligature du tronc brachio-céphalique avait été faite, je crois, aussi bien que possible. — Les fils étaient placés à un centimètre au plus de sa bifurcation. — La plèvre, la veine cave, la veine sous-clavière, la trachée, les nerfs, en un mot, toutes les parties à ménager, n'avaient reçu

aucune atteinte, et l'artère *seule* avait été comprise dans la ligature.

La sous-clavière avait été divisée à trente millimètres environ en dehors de la branche la plus rapprochée. Un instant je m'étais condamné hautement moi-même, comme n'ayant pas porté le fil assez loin de cette branche; mais on me fit revenir de ce jugement trop sévère, en me montrant un bouchon, long de plus d'un centimètre, encore enfermé dans l'extrémité du vaisseau correspondant au cœur. Un bouchon semblable a, comme lui, arrondi à son extrémité voisine du fil, existait dans l'autre partie de la sous-clavière. — Les tissus environnant l'artère étaient en suppuration. — Là encore l'opération de la ligature avait été bien faite.

En examinant la plaie de l'aisselle, nous trouvâmes l'artère axillaire intacte; mais le tronc de la thoracique inférieure était complètement coupé à un centimètre environ de son origine, et c'est par là que les hémorrhagies avaient eu lieu. Le cœur était très volumineux et ses parois fortement consistantes; les poumons entièrement sains.

Pressé par le temps, je bornai là mon examen des organes pour le moment, et le lendemain seulement j'examinai l'intérieur du crâne, où je ne trouvai rien de remarquable, rien qui pût expliquer la mort. Je pensais y voir du sang en stagnation dans ceux des vaisseaux auxquels le cœur n'avait plus imprimé le coup de piston nécessaire pour les vider de leur contenu; mais j'étais dans l'erreur; les rameaux artériels ne contenaient pas plus de liquide d'un côté que de l'autre. — Comme jusqu'au dernier moment Cormier n'avait rien éprouvé du côté de l'abdomen, je jugeai inutile de l'ouvrir.

Dans l'histoire de ce cas si grave et dont l'issue a été si

malheureuse, je me suis borné à la simple exposition des faits; j'ai besoin d'ajouter quelques mots pour expliquer ma conduite.

Certes, si j'avais pu prévoir une lésion de l'artère thoracique inférieure, et non de l'axillaire elle-même, j'aurais hésité avant de me déterminer à lier la sous-clavière. Mais la force du jet, occasionée par le voisinage de l'artère principale, et surtout son énorme volume, devaient induire en erreur et moi et les personnes présentes, parmi lesquelles était M. le chirurgien-major Saiget. Il nous fut bien facile, sur le cadavre, de voir ce qui *aurait pu être* fait; mais qui l'aurait vu sur le vivant au fond d'une plaie si profonde? Et en supposant même que l'on eût reconnu la vérité, je doute que l'on eût voulu chercher un tronc aussi volumineux, coupé à un centimètre de son origine, au milieu de la région axillaire. Je crois donc la ligature de la sous-clavière suffisamment justifiée.

Un instant j'ai craint à l'autopsie, d'avoir porté le fil trop près de la naissance d'un gros rameau; il ne fallut rien moins, pour me tranquilliser, que la vue d'un long bouchon qui avait pu se former dans l'artère divisée. C'est entre lui et les parois artérielles que le sang s'échappait par la plaie sus-claviculaire après la division du vaisseau. Mais en adoptant que j'eusse porté la ligature trop près de ce rameau, la plupart des praticiens ne m'absoudraient-ils pas encore? Car, est-il toujours donné de tomber juste au point d'élection, dans une région où tous les organes se pressent, et où il n'est guère possible de se donner du jour, sans courir les chances de léser des parties bien essentielles? Ce rameau le plus voisin, du côté du cœur, était un tronc d'origine commune à la tyroïdienne inférieure, et à la scapulaire supé-

rieure. C'est sans doute cette dernière qui rapportait, en grande partie, le sang dans la plaie de la thoracique inférieure.

Le fil dont je m'étais servi pour la ligature était fort et double. Je l'avais serré assez pour couper les tuniques interne et moyenne de l'artère; mais pas assez pour déchirer la troisième. Si donc il est tombé trop tôt, ce malheureux accident doit être sans doute attribué aux secousses que la toux imprimait aux parties, et qui ont ainsi hâté la rupture prématurée du vaisseau.

Que devais-je opposer aux hémorrhagies qui se renouvelaient avec une telle fréquence par la sous-clavière divisée? Me blâmera-t-on d'avoir osé lier une fois encore le tronc brachio-céphalique, après les insuccès constans qui ont partout suivi cette grave opération? En portant la ligature entre les scalènes, étais-je plus sûr d'éviter le voisinage d'un rameau dont la présence pouvait s'opposer à la formation du *bouchon* obturateur et la cicatrisation de la section artérielle? Et n'avais-je pas, au contraire, à craindre la présence de la mammaire interne, de la vertébrale, des cervicales, et, avant tout, de trop m'approcher de la naissance de la carotide primitive? N'avais-je pas encore à redouter d'agir sur des tuniques probablement malades, dans un point si rapproché de celui où l'artère avait été divisée?

Enfin, il y a eu de la témérité peut-être à tenter une aussi grave opération au milieu de la nuit; mais il y avait urgence, et ce motif justifie, de reste, ma hardiesse.

Après avoir examiné le cadavre, je me suis fait la même question qu'avant: « De quoi Cormier est-il mort? » La douleur que lui a causée une double ligature, jointe aux fréquentes hémorrhagies, pourrait-elle rendre un compte suffi-

sant de ce dénouement? Il me serait bien difficile de le dire: mais aucune altération organique perceptible à mes sens, n'est venue me révéler ce mystère. Est-il donc vrai que l'on peut mourir de douleur?

OBSERVATIONS DE RÉSECTION,

par M. Godard, chirurgien-major, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Versailles.

I. *Carie de l'extrémité interne de l'épine du scapulum; résection de cette partie de l'épine et du bord postérieur de cet os. — Guérison.*

B., né le 15 février 1818, à Bazoche-en-Danois (Eure-et-Loir), fusilier au 39e de ligne, est entré à l'hôpital de Versailles, le 22 avril 1841.

Il était charretier avant de servir; il déclare n'avoir éprouvé jusqu'ici d'autre maladie que la variole, à l'âge de onze ans : il est d'une constitution assez robuste, et d'un tempérament lymphatico-sanguin. Son père existe encore; sa mère est morte à trente-trois ans, à la suite d'une maladie qu'il ne peut indiquer; son frère, plus âgé que lui, a été atteint de nécrose aux deux tibias, et serait parfaitement guéri.

En juin 1840, B. éprouva des douleurs vagues, qui, après avoir parcouru l'épaule gauche, le bras du même côté, et les régions temporales postérieures, se fixèrent vers l'épaule droite, où elles augmentèrent sous l'influence du poids du fourniment, et des manœuvres de tirailleur, souvent exécutées au pas de course; bientôt une tuméfaction considérable se manifesta à la partie moyenne du bord postérieur de l'omoplate.

A son entrée à l'hôpital, je reconnus sur le bord interne

de la fosse sous-épineuse une tumeur du volume du poing, lisse, rénitente, obscurément fluctuante, sans changement de couleur à la peau, sans engorgement des parties voisines, sans réaction fébrile ; je la regardai d'abord comme un abcès froid, ou un kyste, et je pensai à l'ouvrir avec la potasse caustique : réfléchissant cependant qu'elle pouvait dépendre d'une maladie de l'omoplate, dont je pourrais reconnaître l'état en ouvrant largement la tumeur, je pratiquai dans la direction de l'axe du tronc, une incision qui s'étendait de l'extrémité de l'épine scapulaire à l'angle inférieur de l'os, et donna issue à une grande quantité de pus inodore, mal lié et floconneux. Je reconnus de l'œil et du doigt l'aponévrose intacte et résistante du sous-épineux ; je recherchai avec le stylet et la sonde de femme, s'il ne se trouvait pas dans la circonférence de la cavité que je venais d'ouvrir, quelque trajet par lequel le pus aurait pu y arriver des régions voisines ; je ne trouvai rien de semblable ; le scapulum n'était d'ailleurs à nu dans aucun des points accessibles à mes recherches ; la cavité, exactement vidée, fut remplie de bourdonnets de charpie attachés à des fils. Les bords de l'incision furent rapprochés sans être mis en contact, et maintenus par des bandelettes agglutinatives. La douleur fut vive le premier jour ; l'inflammation se développa sans accidens ; l'appareil commençant à s'humecter de suppuration, je le levai le sixième jour. Le pus était d'excellente nature ; les bourdonnets furent enlevés ; d'autres les remplacèrent. Les parois de l'abcès, couvertes de bourgeons vermeils, adhérèrent rapidement ; les lèvres de l'incision se réunirent à leur partie supérieure, un pertuis resta à l'extrémité inférieure ; pendant un mois il laissa écouler du pus de bonne nature et peu abondant. Le stylet, introduit plusieurs fois, n'avait ren-

contré que des parties molles. J'employai la compression. Le malade était depuis son entrée à l'usage de la tisane amère et de la teinture de gentiane, à la dose de quarante-cinq grammes par jour; des injections de vin aromatique furent faites matin et soir, le nitrate d'argent fut plusieurs fois porté dans le trajet; la suppuration, devenue séreuse, variait dans sa quantité.

Dans une nouvelle exploration, un gros stylet rencontra l'extrémité spinale de l'épine du scapulum, je la trouvai dénudée, rugueuse, friable, laissant pénétrer le stylet pour peu que je misse la moindre force à le pousser, et cela au-dessous du point précis où l'aponévrose du trapèze glisse sur une surface triangulaire. Après quelque temps d'attente, et de nouvelles explorations qui me firent penser, conjointement à ce que j'avais reconnu précédemment, que la lésion était bornée, bien que de nature à s'étendre et à causer par la suite des accidens graves, le sujet étant robuste, sans lésion interne appréciable, désireux de guérir, je me décidai à enlever la portion d'os malade.

Le 22 juillet, je procédai à la résection ainsi qu'il suit : le malade est couché sur la face antérieure du corps, un peu sur le côté gauche, où je suis placé; le bras droit est fléchi et appliqué contre la poitrine, de manière à rendre saillant le bord spinal du scapulum. Commençant un peu au-dessous et en dehors de l'angle supérieur du scapulum, je pratique profondément une incision de huit centimètres, longeant à son côté externe la cicatrice résultant de l'ouverture de l'abcès primitif. A six centimètres en dehors de cette première incision, et à la même hauteur, j'en pratique une seconde qui vient la joindre à angle aigu à son extrémité inférieure, correspondant à l'orifice fistuleux; formant ainsi un lambeau

en V, composé de la peau et de tout le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau est relevé de son sommet à sa base; l'ancienne cicatrice, dont le tissu est induré, est enlevée dans toute son étendue, sur une largeur de cinq millimètres. Quelques portions de tissu cellulaire induré et lardacé sont également enlevées avec l'instrument tranchant; l'aponévrose du trapèze est coupée sur la facette triangulaire de l'épine scapulaire, le point malade est reconnu, les muscles sus-épineux et sous-épineux sont détachés dans une étendue de deux centimètres.

L'extrémité de la face inférieure de l'épine se trouve excavée sous la facette triangulaire, et presque perforée; les bords de l'excavation sont rugueux et friables, et n'offrent aucune trace de réparation. L'altération est parfaitement reconnue et appréciée, l'os est dénudé avec la rugine; une large couronne de tréphine est appliquée sur la naissance de l'épine; lorsqu'elle a pénétré assez profondément, la pyramide est enlevée et la tréphine est conduite lentement et avec précaution pour ne pas blesser le sous-scapulaire; elle circonscrit un disque épais, facilement enlevé avec un levier; je fais alors saillir le bord spinal du scapulum; le rhomboïde, le grand dentelé, le sous-scapulaire sont détachés dans une étendue de trois centimètres; une cisaille à lames épaisses et évidées (instrument à couper la tôle, le fer-blanc, etc.), est introduite sous le scapulum et sert à faire, à trois centimètres l'une de l'autre, deux sections obliques, qui vont du bord spinal du scapulum à la perforation circulaire produite par la tréphine, et la changent en une échancrure triangulaire, dont la base correspond au bord spinal du scapulum, et le sommet arrondi à son épine; les inégalités de cette échancrure sont enlevées avec le couteau lenticulaire, les

surfaces osseuses environnantes sont reconnues saines; aucune artère ne donne assez de sang pour être liée; le lambeau est réappliqué et maintenu, sans tenter de réunion, au moyen d'une seule bandelette agglutinative.

Un bandage de corps est appliqué, une longue compresse de vingt centimètres de largeur y est attachée antérieurement et postérieurement; elle maintient l'appareil en passant sur l'épaule, qu'elle coiffe à l'aide d'un pli maintenu par deux épingles.

Les premiers jours qui suivirent se passèrent sans autre accident qu'une douleur vive dans la partie supérieure du bras vers l'insertion du deltoïde; la tuméfaction fut à peine sensible; la suppuration ne fut parfaitement établie que le neuvième jour. Craignant la formation d'un foyer sous le scapulum, j'avais soin de relever à chaque pansement le lambeau, pour éviter une adhérence trop prompte; malgré cette précaution, je vis bientôt le fond de la plaie se garnir de bourgeons charnus et les incisions se réunir rapidement à partir de la base du lambeau; la cicatrisation gagna le sommet, qui se replia sur lui-même de dehors en dedans, pour se cicatriser indépendamment des parties voisines. Je retranchai l'extrémité de ce sommet d'un coup de ciseaux, et le réappliquai définitivement. Vers la fin d'août, il ne restait vers le point de réunion des deux incisions qu'une petite plaie fistuleuse; le stylet y pénétrait de trois centimètres et ne rencontrait que des parties molles; la suppuration était réduite à une petite tache chaque jour sur le plumasseau, qui fut imbibé de vin miellé; des injections furent faites avec le même liquide. Cette fistule devait reconnaître pour cause la présence de quelques portions d'os détachées : chaque jour je les recherchais de la vue et du doigt sur le plumas-

seau ; enfin, dans les premiers jours de septembre, j'en reconnus deux parcelles sur la charpie. La fistule, devenue chaque jour moins profonde, se cicatrisa définitivement, et B., en parfaite santé, sortit de l'hôpital le 6 octobre, ayant acquis un embonpoint qu'il était loin d'avoir à son entrée ; à cette époque, les mouvemens du bras et de l'épaule n'avaient en rien perdu de leur force ni de leur souplesse, et n'éprouvaient ni gêne, ni altération.

II. *Nécrose du calcanéum droit. Résection partielle de cet os.*

P., Jean, âgé de 26 ans, né à Bel-Air (Landes), fusilier au 57ᵉ de ligne, fondeur en cuivre avant son entrée au service, né de parens sains, ayant des sœurs qui ont toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais éprouvé d'autre maladie que la variole à l'âge de dix ans, et n'a point été atteint d'affection vénérienne.

Parti d'Orléans, avec son régiment, dans les premiers jours d'avril 1840, après la troisième étape, P. ressentit de la douleur dans le talon droit, et s'aperçut que cette partie était tuméfiée ; il obtint de monter sur les voitures d'équipage ; arrivé à Paris, il y fit son service, et n'éprouva d'autre accident, qu'un gonflement qui reparaissait chaque soir, sans douleur notable, après avoir diminué pendant la nuit. En juin, la tuméfaction s'était considérablement augmentée, et P. entra à l'infirmerie du corps. Une ponction fut faite avec la lancette à la partie postérieure du talon ; au dire du malade, il sortit seulement un peu de sang. Ce ne fut qu'une quinzaine de jours après, que du pus commença à s'écouler par cette incision restée béante ; des boissons amères furent administrées ; des topiques excitans furent appliqués : la maladie suivit sa marche, une fistule s'ouvrit à la partie moyenne

du talon, deux autres en dedans et deux en dehors. Ces accidens divers nous conduisent au 14 novembre 1840, époque de l'entrée du malade à l'hôpital de Versailles.

P., soumis à notre examen, présente l'état suivant : la constitution est bonne, le facies est coloré, agréable, riant ; la peau est brune ; cheveux noirs. Nous ne reconnaissons aucune trace de scrofule, ni de syphilis, toutes les fonctions s'exécutent d'une manière normale ; le thorax est bien développé ; les poumons paraissent parfaitement sains.

Le talon est considérablement tuméfié ; cinq fistules donnent issue à du pus séreux, peu abondant, tachant le linge en noir ; un stylet, introduit successivement par les deux fistules du côté externe et celle de la face inférieure, arrive au même point dénudé du calcanéum (sa tubérosité externe) ; des deux fistules du côté interne, l'une conduit sur la face interne de l'os vers son quart inférieur très en arrière ; par l'autre fistule on rencontre cette même face un peu plus en avant et à la même hauteur ; sur un seul point l'os me paraît très compacte, dans les deux autres il est moins résistant, mais sans ramollissement ; le stylet donne, en le touchant, la même sensation que produirait le toucher du tissu interne d'un calcanéum sec que l'on aurait scié.

Le malade est condamné à un repos absolu ; les boissons amères, le vin de quinquina, le vin amer, la teinture de gentiane furent tour-à-tour prescrits ; des applications toniques émollientes ou résolutives furent employées selon les indications qui s'offraient ; ce traitement ne produisit aucun effet appréciable.

La constitution du sujet, la lenteur avec laquelle avaient marché les accidens, l'état pour ainsi dire stationnaire de la maladie, et surtout l'accroissement du calcanéum que j'a-

vais reconnu, ainsi que la résistance de son tissu m'avaient fait rejeter l'existence d'une carie, et admettre celle d'une nécrose, la portion d'os nécrosée devait certainement s'isoler et devenir mobile avec le temps; ce que nous avons vu plus tard, prouve qu'il en eût été ainsi; mais combien de temps eût duré le travail d'élimination? Les tégumens ne se seraient-ils pas altérés chaque jour davantage? L'inflammation ne pouvait-elle s'étendre aux articulations voisines, etc.? P., devenu impropre au service, ne voulait pas entendre parler d'être renvoyé chez lui, où il n'aurait eu d'autre moyen d'existence que son travail, devenu impossible par sa maladie; fatigué d'ailleurs d'un long traitement, dont il reconnaissait l'insuffisance, et s'imaginant qu'il n'y avait d'autre moyen d'en finir que de perdre la jambe, il m'avait plusieurs fois prié de l'amputer. Tout indiquant que la maladie était bornée à une seule partie du calcanéum, je lui fis comprendre qu'on pouvait enlever cette partie, et lui proposai la résection, ce à quoi il consentit.

La résection fut donc faite le 25 juillet, ainsi qu'il suit :

Le malade est couché sur la face antérieure du corps, un garrot comprime l'artère poplitée dans l'espace de ce nom; il est confié à un aide; un autre aide maintient inférieurement la jambe appliquée sur l'extrémité du lit. Je saisis de la main gauche le pied par la face dorsale; la main droite est armée d'un petit couteau à amputation; j'en applique le talon sur la partie moyenne et saillante du calcanéum et, d'un seul coup, j'incise profondément jusqu'à l'os dans une étendue de cinq centimètres, en continuant l'incision plus superficiellement jusqu'à près de huit centimètres de son point de départ; une seconde incision de toute la largeur du talon croise la première et concourt à former quatre lam-

beaux à angle droit; ces lambeaux sont détachés et renversés; le calcanéum apparaît alors, beaucoup plus volumineux que dans l'état normal; il est hérissé d'aspérités résistantes, entre lesquelles on rencontre deux surfaces plus unies et déprimées; le stylet et le doigt rencontrent au fond de ces dépressions une surface rugueuse et résistante: nulle part l'os ne paraît ramolli, quelques fibres musculaires sont détachées du calcanéum; antérieurement, la face inférieure de l'os est sain. Les lambeaux qui contiennent les fistules sont détachées au-delà des parties malades.

Les lambeaux sont fortement renversés et maintenus par des aides; l'os est dénudé, autant que possible, dans les points où doit passer la scie. Le point d'attache du tendon d'Achille est reconnu sain; l'insertion de ce tendon est respectée. Muni d'une scie à feuillet étroit et fabriqué avec un ressort de montre, à la face postérieure du calcanéum, au-dessous de la facette qui donne attache à l'épanouissement du tendon d'Achille, je commence un trait de scie dirigé de bas en haut et d'arrière en avant, dans une étendue de dix-neuf millimètres. Arrivé à ce point, le feuillet de la scie est tourné sur son axe pour prendre une direction presque parallèle à la face plantaire, et le trait de scie est continué dans cette direction et en avant, dans une étendue de trente-et-un millimètres; j'enlève ainsi un coin osseux dont les deux faces sciées présentent à leur réunion un angle obus de cent vingt degrés d'ouverture, et la troisième face, les deux tuberosités nécrosées et hypertrophiées du calcanéum. Un second trait de scie, à quatre millimètres au-dessus du premier, et qui lui est parallèle, enlève dans toute la largeur de l'os une lamelle de quatre millimètres d'épaisseur sur sept de hauteur, pour détruire un point douteux situé près du

bord interne de la surface osseuse mise à découvert. Un point semblable sur son bord externe est creusé avec un large burin demi rond; pour plus de sécurité, le cautère olivaire est appliqué sur les deux points ainsi creusés.

La surface osseuse produite par la résection est parfaitement saine; le garrot n'a pas permis l'écoulement du sang qui m'eût considérablement gêné: il est relâché. Quatre artérioles développées par la longue inflammation des tissus nécessitent l'application de ligatures; une seule de ces artérioles, situées profondément et venant de la plantaire externe, offrit quelques difficultés; je vins à bout de la lier en me servant du ténaculum.

Les lambeaux devenus trop étendus par la diminution de la surface qu'ils devaient recouvrir (1), il fallut retrancher sur chacun une portion anguleuse et allongée plus large au point de réunion des incisions qu'à leurs extrémités. J'ai cherché, autant que possible, à enlever dans cette excision les parties malades et fistuleuses de la peau; je retranchai également de la face interne des lambeaux, des parties de tissu cellulaire induré et lardacé; les lambeaux ainsi réduits et modifiés furent réappliqués et maintenus par trois points de suture et des bandelettes agglutinatives.

Le jour de l'opération, il y eut un peu de douleur, le soir, sans fièvre.

Le lendemain, 26, chaleur à la peau; le soir, même douleur que la veille, mais très supportable.

(1) J'avais prévu cet inconvénient; j'avais songé à l'éviter en donnant à mes incisions la forme de deux ellipses très allongées avec perte de sub-
éviter des souffrances au patient et être plus à l'aise; mais j'i-
serait le volume précis du segment du calcanéum à enlever; et
te que les lambeaux ne péchassent par défaut, j'ai préféré opérer
fait.

27. J'enlève l'appareil. Je craignais que, par suite de la tuméfaction, les points de suture ne tiraillassent les lambeaux ; je n'avais réuni que les incisions transversales, maintenant les lèvres de l'incision longitudinale sans les affronter ; l'affrontement, toutefois, a été opéré par la tuméfaction. J'enlève les fils ; il s'échappe de la sanie sanguinolente par les pertuis des aiguilles.

28. Pas de pansement ; fièvre dans la soirée.

29. Le talon est tuméfié. Je détruis avec l'extrémité de la pince à pansement fermée les adhérences de la partie moyenne de la première incision, dans l'étendue d'un centimètre, et donne issue à environ une cuillerée de pus sanguinolent et mal lié. La journée se passe sans fièvre.

30. Les adhérences des incisions sont détruites vers le centre de la croix qu'elles forment ; leurs extrémités sont parfaitement réunies ; en pressant sur les tégumens, je fais sortir du pus mieux formé et plus abondant que la veille. La suppuration est assez abondante pendant quelques jours et de bonne nature ; elle diminue ensuite progressivement.

Aujourd'hui, 15 décembre, deux fistules forment les extrémités d'une espèce de séton restant à la partie postérieure de la face plantaire du talon ; elles existent seulement dans les parties molles ; pendant quelque temps, elles correspondaient aux points cautérisés du calcanéum qui sont exactement recouverts. Les tégumens sont souples, adhérens et sans épaississement, les cicatrices sont solidement formées. J'ai employé pendant quelque temps des injections avec la décoction de feuilles de noyer, alternée avec celle de vin aromatique. Le liquide injecté par une fistule sortait par l'autre. Chaque jour, le pied était baigné dans la même décoction de feuilles de noyer.

NOTE DU RÉDACTEUR-GÉRANT.

La première observation de M. Godard est très intéressante. Les cas de résection de l'omoplate sont peu nombreux, comme on s'en convaincra en lisant ce que M. Velpeau a écrit sur cette résection (*Nouv. élém. de méd. op.*, t. II, p. 570 et 658). Il y a un instrument préférable à celui dont M. Godard s'est servi, et nul doute qu'il ne l'eût employé si cet instrument lui était revenu à l'idée : c'est le sécateur de Liston. Peut-être aussi conviendrait-il, dans un cas de ce genre, d'employer, préférablement à l'incision en V, l'incision demi circulaire si avantageusement usitée par M. Velpeau.

Quant au deuxième fait, nous devons regretter qu'il ne soit pas complet. Des informations que nous avons prises auprès de M. Godard lui-même, nous ont fait connaître que, trompant l'espoir du chirurgien, la fistule ne s'est pas tarie, et qu'un stylet introduit dans le trajet qu'elle parcourt, est arrivé jusqu'à l'os. Nous craignons beaucoup d'après cela qu'il ne faille recourir à une nouvelle opération. Quoique inachevée, l'observation de M. Godard restera comme un exemple digne de figurer parmi ceux que la science possède, et que M. Velpeau, qui, lui-même, a pratiqué six fois cette résection, a réunis dans son ouvrage (t. II, p. 660).

TRAVAIL D'ENFANTEMENT,

Commencement d'hémorrhagie utérine, expulsion d'un placenta bien organisé privé de cordon ombilical, mais accompagné des membranes ; absence de fœtus ;

Par J. L. A. Didiergeorge, D. M. P., à Bruyères (Vosges).

Rosalie Jacquot, femme de Claude Burgun du Méménil, âgée de trente-et-un ans, de taille moyenne, d'un embon-

point ordinaire, aux cheveux bruns, d'un tempérament bilioso-nerveux, douée d'une santé robuste, est accouchée trois fois sans le secours de l'art, et les trois enfans qu'elle a mis au monde à terme sont encore aujourd'hui pleins de vie. Le premier accouchement a eu lieu le 15 juin 1835; le deuxième, le 20 juin 1837; le troisième, enfin, le 21 juillet 1838. Cette femme, après avoir allaité le dernier de ses enfans pendant neuf mois, durant lesquels le flux menstruel s'était reproduit à chaque époque, a vu ses règles se supprimer spontanément et à dater de ce moment le ventre a graduellement augmenté de volume. Quelques semaines après la cessation des menstrues, on put constater un léger désordre des fonctions digestives qui fut néanmoins de courte durée, et bientôt la santé redevint florissante. Neuf mois s'étaient écoulés, et la femme Burgun n'avait encore ressenti aucun des mouvemens qui signalent la présence d'un nouvel être, quand à la suite d'un effort léger, elle fut prise d'hémorrhagie utérine si abondante, que soudain se développa chez elle le cortège des symptômes morbides dont la gravité fait redouter une fin prochaine. Une sage-femme fut appelée auprès de la malade et, sous la seule influence du repos absolu et de quelques boissons acidulées, les accidens perdirent bientôt de leur intensité. Les caillots examinés avec soin ne recélaient aucune portion de corps organisé. Pendant deux mois consécutifs, un suintement de sang s'opéra par les organes génitaux, il cessa cependant complètement, et le trouble survenu dans l'état général à la suite de l'anémie, se dissipa lentement. L'écoulement menstruel se reproduisit pendant six mois périodiquement, mais il était beaucoup moins abondant que dans l'état de santé; il se supprima de nouveau. Le ventre avait conservé un volume considérable et

l'hypogastre devint le siège de douleurs sourdes à-peu-près continues. Cet état se prolongea pendant neuf mois, durant lesquels l'abdomen augmentait sensiblement de volume, mais la femme Burgun n'avait point ressenti les mouvemens du fœtus. Quelques nausées, accompagnées d'anorexie, signalèrent cette fois encore le début du travail utérin. Enfin, le 4 juillet 1841, pendant la journée, la malade éprouva les premières contractions utérines. Les douleurs expulsives, légères et peu fréquentes au début, prirent bientôt une intensité plus grande, et se succédèrent à des intervalles rapprochés; mais dans la soirée, sans aucune cause connue, leur marche fut ralentie, et la sage-femme qui avait été appelée constata, alors, un commencement de métrorrhagie. Les choses allèrent ainsi pendant toute la nuit, et le 5 seulement on se décida à réclamer l'assistance d'un médecin. J'arrivai chez la femme Burgun, vers midi, et je la trouvai dans l'état suivant : chaleur peu élevée de la peau sans refroidissement, proprement dit, des extrémités ; intégrité des facultés intellectuelles; la face n'était point déclorée, mais les traits portaient l'expression d'une vive douleur; commencement de dilatation des pupilles accompagné de trouble léger de la vision; quelques tintemens d'oreille; la voix avait conservé son timbre normal; la respiration était accélérée; le pouls donnant plus de cent pulsations à la minute, était petit, sans toutefois être filiforme; la langue était rosée, assez humide; la soif vive; nausées accompagnées de quelques vomissemens de matières bilieuses et glaireuses. Le corps était dans le décubitus dorsal, les seins étaient tuméfiés et le ventre avait acquis le summum du développement qu'il atteint dans le cas de grossesse à terme accompagnée d'antéversion; la pression la plus légère exercée sur tous ses points réveillait une sen-

sibilité des plus exquises. Le travail s'était ranimé depuis quelques heures, et le fluide amniotique s'était écoulé spontanément et en assez grande quantité pendant la matinée. Il n'existait plus du côté des organes génitaux externes qu'un faible suintement de sang. Je portai le doigt dans le vagin pour reconnaître et l'état du col, et la position du fœtus, sachant que l'absence de mouvemens perceptibles n'implique pas nécessairement sa non-existence, mais une contraction utérine très énergique qui survint alors, provoqua l'expulsion d'un placenta. La sortie de l'arrière-faix accompagnée d'altération des traits de la face, de nausées, de petitesse et concentration du pouls, de sensibilité très vive à la pression la plus légère exercée sur tous les points de l'abdomen, me fit croire de prime abord à une déchirure de l'utérus, ayant livré passage dans la cavité abdominale au produit de la conception, produit dont la présence déterminait les premiers symptômes d'une péritonite qui devait être promptement mortelle. Guidé par cette idée qui, la première, s'était présentée à mon esprit, j'introduisis de nouveau la main dans les parties génitales externes, et je portai dans l'utérus un doigt explorateur dans le but de déterminer le point de l'organe qui avait dû être le siége de la lésion anatomique; mais les nombreuses et rapides investigations auxquelles je me livrai, eurent pour résultat la conviction intime qu'il y avait eu de ma part, erreur de diagnostic, et que la matrice n'était le siége d'aucune solution de continuité. Alors, seulement, je procédai avec la plus scrupuleuse attention à l'examen du produit expulsé. Le placenta que j'avais sous les yeux, du poids d'un kilogramme, d'un diamètre de 15 ou 16 centimètres environ, de forme circulaire, affectait une texture que l'œil le moins exercé ne pouvait point méconnaître, n'offrant

aucune analogie avec la substance constituant la môle proprement dite. J'entends par ce mot *môle* ou le produit conçu altéré par un état morbide, ou des concrétions fibreuses ou autres développées dans la cavité utérine ; le produit pathologique appelé môle hydatique ne pouvant être confondu avec aucun autre après l'examen le plus superficiel. Sa face externe ou utérine était reconnaissable à sa substance granuleuse, à ses anfractuosités constituées par l'agglomération de ses lobules ou cotylédons. Sa face interne ou fœtale lisse, recouverte par le chorion et l'amnios formant par leur développement une ample cavité percée supérieurement d'un trou qui permettait l'introduction de la main, et avait livré passage au liquide qui s'était écoulé pendant le travail, présentait dans son centre un rudiment de cordon ombilical, du volume de l'extrémité du doigt annulaire, long d'un centimètre, constituant une saillie arrondie, en tout semblable au mamelon, entièrement lisse et recouvert par une expansion du chorion et de l'amnios. Au milieu d'une faible quantité de tissu cellulaire et de lymphe de Warton, apparaissaient et la veine et les deux artères ombilicales disposées en spirale. Après l'expulsion du placenta que je viens de décrire, l'écoulement de sang cessa, mais les contractions de l'utérus persistant moins intenses et aussi moins fréquentes, il est vrai, je pénétrai de nouveau dans la matrice, et je ramenai une grande quantité de caillots consistans, formés d'un sang noir et flottans dans la cavité utérine. Libre de tous ces corps étrangers vers l'expulsion desquels tendaient tous ses efforts, l'utérus exactement revenu sur lui-même donna à la main exploratrice le sentiment d'un globe occupant l'hypogastre, et le travail éliminateur cessa. Quand je quittai le malade, la moiteur avait reparu, l'altération des traits de la face s'était

dissipée, il n'existait plus de modification ni de la vision, ni de l'ouïe; la respiration avait recouvré son rhythme physiologique, le pouls s'était beaucoup relevé; plus de nausées ni de vomissemens, très peu de sensibilité du ventre à la pression; écoulement satisfaisant par les parties sexuelles.

Je prescrivis la diète : eau de poulet, infusion légère de feuilles d'oranger.

℞ Sirop d'écorce d'orange . . .	62 grammes.
Eau distillée fleurs d'oranger. .	50 grammes.
Eau distillée simple	160 grammes.
Laudanum Sydenham. . . .	24 gouttes.
Ether sulfurique	2 grammes.

Potion à prendre par cuillerée d'heure en heure.

Fomentations émollientes sur le ventre; lavemens dans le cas où ils seraient indiqués; repos absolu.

Le quatrième jour, les seins déjà tuméfiés devinrent très durs et douloureux; la chaleur de la peau s'éleva, accompagnée d'accélération du pouls, de rougeur de la face, de soif vive, de frissons erratiques, en un mot la fièvre de lait s'établit, elle se prolongea jusqu'au neuvième et dixième jour, revêtant une grande intensité, puis enfin elle s'éteignit. Les lochies, accompagnées dans le principe de douleurs hypogastriques assez violentes ont coulé modérément, mais toujours en rouge, pendant six semaines; alors seulement elles ont blanchi pour cesser ensuite complètement. Depuis ce moment, les règles ont reparu régulièrement chaque mois, et le ventre a repris son volume normal. L'état général est satisfaisant.

Nota. Selon toute probabilité, il n'y a point eu chez la femme qui fait le sujet de cette observation, implantation du placenta sur le col utérin, car à l'époque des diverses trans-

formations de ce col sollicitées par l'augmentation de volume du corps de l'organe, aucune effusion de sang n'avait été produite. L'hémorrhagie qui avait commencé la veille dépendait nécessairement du décollement d'une portion du placenta, quel que soit d'ailleurs le lieu de son insertion; elle diminua notablement quand ce gâteau vasculaire n'adhéra plus à l'utérus, mais elle ne pouvait cesser complètement vu la présence de cette masse placentaire faisant corps étranger dans la cavité de la matrice, et l'empêchant de revenir assez exactement sur elle-même pour provoquer l'occlusion intime des orifices des vaisseaux utérins. Les caillots noirs que j'ai pu extraire provenaient du sang épanché la veille qui n'avait pu se faire jour au dehors.

Quant aux causes qui ont donné naissance au fait que je viens de signaler, je ne chercherai point à les pénétrer, abandonnant leur appréciation aux physiologistes. Les organes annexés à l'embryon peuvent-ils donc parcourir tous les degrés successifs de leur développement, quand cet embryon lui-même n'a pas existé, ou quand, ce qui est plus vraisemblable, il a été détruit à une époque très rapprochée de sa formation, et qu'alors il a pu disparaître par résorption?

NOTE DU RÉDACTEUR-GÉRANT.

Le fait très intéressant et très bien observé dont nous sommes redevables à M. Didiergeorge, rentre manifestement dans la classe de ceux dont il est question dans le passage suivant du *Traité des accouchemens* de M. Velpeau (t. 1er, p. 406) : « Quand le fœtus n'est plus dans la matrice, la coque peut y tenir encore par quelque adhérence. Dans un avortement qui eut lieu à cinq mois, M. Thornton dit que le placenta ne fut expulsé qu'à neuf mois, et qu'il pesait huit

onces (*The Lancet*, 1829, vol. II, p. 14). Il ne sortit qu'au bout d'un mois, mais sans être altéré chez une femme dont parle Ramsbotham (*Ingleby*, ou *Uter Hem.*, etc.; p. 208). Les annexes peuvent, en outre, continuer de vivre et de se développer. La membrane caduque acquiert bientôt alors une épaisseur considérable. L'amnios disparaît. La cavité du chorion se resserre par degrés, et la masse finit par n'être plus qu'une tumeur rougeâtre, comme charnue, au centre de laquelle se voit ordinairement, mais non toujours une petite cavité séreuse. Le placenta continue de croître, ou bien il s'infiltre, et, lors de son expulsion, n'a plus aucun rapport avec sa forme, ni même avec sa nature primitive. »

TUMEUR HYDATIQUE, ayant simulé un abcès par congestion, par M. Dechaut, interne des hôpitaux.

Delamain, Marianne, 34 ans, couturière, est entrée à l'hôpital Saint-Louis (salle Saint-Augustin n° 12) le 1er septembre 1841. Cette femme porte à la partie inférieure de la région dorsale, à gauche de la rangée des apophyses épineuses, une tumeur du volume du poing, arrondie, fluctuante, et datant de neuf mois. Cette femme est entrée dans deux hôpitaux de Paris : dans l'un on lui a fait faire des frictions avec la pommade iodurée, en lui conseillant de garder sa tumeur; dans l'autre on lui a proposé de l'ouvrir, mais on lui a fait pressentir des suites longues et peut-être graves.

M. Nelaton, chargé du service, l'examine avec soin : la tumeur offre les caractères énoncés, et, au premier abord, fait penser à un abcès par congestion. Mais cette femme est bien portante, agile; elle se courbe dans tous les sens et

n'en éprouve pas de douleur; elle marche très bien; les organes génito-urinaires et le rectum remplissent régulièrement leurs fonctions. Il n'y a aucune douleur rachialgique : rien du côté du rachis, rien du côté de la moelle. Tout ce dont cette personne se plaint, c'est de la gêne. Elle ne peut s'habiller comme elle le désirerait; il lui est impossible de mettre un corset; quand elle est assise, elle ne peut s'appuyer sur le dossier de sa chaise; elle ne peut pas non plus se coucher sur le dos.

La tumeur pourrait bien être un abcès froid; mais il n'y a pas de cause locale ni générale appréciable. La malade n'a éprouvé ni malaise ni fièvre à aucune époque, et n'offre aucun signe du dépérissement que présentent souvent les sujets qui portent de semblables abcès depuis long-temps.

Le diagnostic ne peut être précisé avec certitude. Toutefois on s'arrête à cette opinion que cette tumeur contient du liquide ou de la graisse, que c'est un abcès ou un lipôme? Dans tous les cas, la tumeur cause de la gêne, empêche la malade de travailler; elle fait des progrès; on ne peut espérer de la résoudre avec des médicamens; il faut y mettre fin avec un instrument tranchant, l'ouvrir ou l'enlever.

2 *septembre*. M. Nelaton fait, dans le doute, une ponction exploratrice; du pus et de la sérosité s'écoulent; bientôt l'orifice est bouché par un flocon pseudo-membraneux, et on agrandit l'ouverture. Alors, au grand étonnement des spectateurs, on expulse par la pression, au milieu d'un pus phlegmoneux et séreux, neuf hydatides. Quatre ont le volume et la forme d'un jaune d'œuf; les cinq autres sont grosses comme des cerises. Toutes représentent de petites sphères, sont transparentes, remplies de liquide limpide, emprisonné par deux petites membranes minces, mais distinctes.

L'hydatide mère a dû s'être rompue depuis quelque temps ; elle se reconnaît à des lambeaux d'une poche plus vaste que les autres ; elle est épaisse, grisâtre, et comme macérée dans le pus environnant. Tout l'intérieur de la tumeur est tapissé par une membrane parfaitement organisée et d'une épaisseur notable (deux lignes au moins). Aussitôt la nature de la tumeur reconnue, le kyste est fendu dans toute sa longueur, verticalement et latéralement. Il est trop étendu et trop adhérent pour qu'on puisse le disséquer et l'enlever ; on le remplit de charpie pour déterminer une inflammation adhésive des parois, en maintenant les bords écartés.

La malade a souffert de l'opération ; elle a deux incisions, dont la verticale a 9 centimètres, et l'autre 5.

Le 4 septembre il est survenu un érysipèle, qui a cédé aux émolliens locaux et à un éméto-cathartique.

Le 11, dixième jour de l'opération, tous les accidens ont cessé ; des bourgeons charnus se développent sur toute la surface du kyste ; les bords se rapprochent et se cicatrisent.

Le 20 septembre, on commence à toucher les bords avec le nitrate d'argent.

Le 29, sortie de l'hôpital.

RÉFLEXIONS.

Une tumeur hydatique peut donc simuler un abcès par congestion, mais il n'y a qu'analogie de situation, de forme et de fluctuation. L'absence bien constatée de douleur dans le rachis (1) de trouble du côté de la moelle, constitue le plus puissant élément de diagnostic.

(1) Lorsque M. Dechaut indique l'absence de la rachialgie comme une raison de penser qu'il n'existe pas de carie vertébrale, il est dans le sentiment de la plupart des chirurgiens. Nous devons faire remarquer cependant que la

Elle peut simuler un abcès froid ; mais dans le cas d'abcès froid, il y a ordinairement quelque cause appréciable, quelque trouble fonctionnel ; la tumeur hydatique semble avoir pour caractère l'indolence complète et la lenteur de sa marche.

On peut la confondre avec un lipôme ; mais en général le lipôme est pâteux et n'a pas la tension, l'élasticité, la fluctuation d'une tumeur liquide. Toutefois l'erreur est très facile, et il nous suffira, à ce sujet, de rappeler un fait que J. L. Sanson citait souvent dans son cours : Un jour il présenta à Dupuytren un malade comme affecté d'abcès par congestion ; Dupuytren diagnostiqua un lipôme, et l'opération le prouva. Huit jours après, Sanson eut occasion de prendre sa revanche ; il présenta à l'habile chirurgien un malade chez lequel il avait reconnu un lipôme ; Dupuytren diagnostiqua cette fois un abcès par congestion, mais l'opération prouva qu'il était dans l'erreur.

Le frémissement hydatique indiqué comme moyen diagnostique ne serait-il pas théorique ou au moins souvent infidèle ? La tumeur dont nous avons rapporté l'histoire a été examinée long-temps, embrassée avec exactitude avec la main, pour s'assurer qu'il n'y avait aucun battement, et l'on n'a perçu aucun frémissement.

Le diagnostic des tumeurs hydatiques nous semble en général difficile ; on ne saurait y arriver que par exclusion. Il faut une grande attention et la connaissance de beaucoup de faits de ce genre ; on ne saurait donc trop les multiplier et attirer sur eux l'attention des praticiens.

douleur dans un point de la colonne vertébrale est loin d'être constante, puisque sur 35 cas d'abcès par congestion que M. Malle a recueillis, elle a manqué 17 fois. N. D. R.

Quand il y a du doute, quand un malade, à part la tumeur, est bien portant, que la tumeur est gênante et fait des progrès, il est convenable de chercher à en débarrasser le sujet. Dans ces cas incertains, les ponctions exploratrices guident le chirurgien.

Les tumeurs hydatiques sont sujettes à se reproduire; c'est pourquoi les auteurs recommandent d'enlever le kyste. Dans les cas où il serait trop étendu et trop adhérent, qu'il y aurait danger à avoir une trop vaste plaie, il paraît convenable de l'inciser dans toute son étendue, et de déterminer une inflammation adhésive des parois.

NOTE DU RÉDACTEUR-GÉRANT.

Les cas de ce genre ne sont pas très rares; il s'en est présenté deux en quinze jours dans le service de M. Velpeau, à la Charité, au commencement de 1840. La tumeur offrait le volume d'une tête d'adulte, et reposait sur la grande échancrure sciatique, dans un cas; dans l'autre, elle était un peu moins grosse et occupait le bas des loculus : c'était chez deux femmes. Le frémissement hydatique permit à M. Velpeau de diagnostiquer la nature des tumeurs, qui furent incisées. Quelques-unes des hydatiques égalaient le volume d'un œuf de poule. Les deux malades guérirent promptement.

Remarques préliminaires sur le traitement des déviations de l'épine, par la section des muscles du dos; lues à l'Académie des sciences, le 16 août 1841; *par* M. le Dr JULES GUÉRIN.

Deux motifs nous portent à reproduire l'extrait suivant du mémoire de M. Guérin. Le premier a sa source dans un sentiment de justice. Ayant inséré (t. III, p. 385), un travail dans lequel la doctrine professée par M. Guérin est atta-

quée, nous devions donner place à la défense présentée par M. Guérin. Le caractère de M. Bouvier et la convenance parfaite qui règnent dans son beau travail, nous assurent qu'en cela nous allons au-devant du désir même de ce praticien distingué. Le second motif consiste en ce que nous ne pouvons, abstraction faite du sentiment de justice, et au seul point de vue de la science, laisser ignorer à nos lecteurs tout un côté de la question. Pour le leur exposer complètement, nous ne pouvions mieux faire que de laisser parler M. Guérin. Le mémoire commence par un aperçu historique de la ténotomie. Nous aurions bien, sur cette première partie du travail de M. Guérin, quelques observations à présenter; mais nous les remettrons à une autre occasion. Après avoir indiqué comment, dans son opinion, la section sous-cutanée des tendons s'étendit à une foule de cas spéciaux, il aborde le sujet de la controverse, et s'exprime ainsi :

Cependant, parmi les applications réalisées de la théorie et de la méthode, il en est une qui n'a pas reçu le même accueil que les autres. Non-seulement on conteste la possibilité et la réalité de ses résultats, mais on dresse des accusations contre elle; on veut la proscrire comme une conception absurde, inutile, dangereuse, et surtout comme n'ayant aucun lien légitime de parenté avec les autres dépendances de la théorie. Pourquoi cette exception et cette proscription? Cela paraît difficile à dire; car il semble incroyable, au premier abord, qu'en admettant que la plupart des muscles du corps puissent se rétracter, et, en se rétractant, produire des difformités, et que les muscles rétractés puissent et doivent être divisés, on fasse exception à ces deux règles pour les muscles de l'épine, sans autre motif de cette exception que parce que ce sont les muscles de l'épine. Cela est bien plus incroyable encore, quand on considère que les mêmes personnes, qui ne veulent à aucun prix ni des déviations de l'épine par rétraction musculaire, ni de la myotomie rachidienne, regardent comme chose simple, comme chose naturelle, comme chose vulgaire, l'application de la même doctrine et de la même pratique à l'étiologie

et au traitement du torticolis. Or, qu'est-ce que le torticolis? C'est la déviation du cou, c'est-à-dire de l'extrémité supérieure de la colonne vertébrale; et les muscles et les os qui entrent dans la composition du torticolis ne diffèrent, essentiellement parlant, des muscles et des os qui entrent dans la composition des déviations de l'épine que parce qu'ils sont placés un peu plus haut que ces derniers, que parce qu'ils appartiennent à la région cervicale, tandis que les autres appartiennent à la région dorsale. En ramenant la discussion à des termes aussi simples, la distinction qu'on voulait faire entre les déviations musculaires de l'épine et les autres difformités du squelette de même origine est inconcevable, et elle serait, qu'on me passe le terme, véritablement inouïe, si la question eût été posée comme je viens de le faire. Mais pour l'honneur de nos adversaires, et par amour de la vérité, je dois le reconnaître, ils ne se placent pas à ce point de vue simple, général, d'où l'on découvre les rapports essentiels des parties d'un même tout, à travers les différences secondaires qui obscurcissent et masquent ces rapports. Ils s'isolent, au contraire, en présence des accidens différentiels du cas particulier, et ils établissent sur ces accidens toutes les ressources de leur opposition. Or, la déviation de l'épine et la myotomie rachidienne, considérées comme cas particuliers de la théorie et de la méthode générale dans lesquelles elles rentrent, offrent à la polémique du détail une foule de différences bien capables d'expliquer ses méprises et de la maintenir dans son aveuglement. Car, matériellement parlant, une déviation de l'épine est bien autre chose qu'un pied-bot, quoique l'un et l'autre soient primitivement les produits de la même cause. La position verticale de la colonne, le nombre considérable de ses pièces, leur mobilité, le nombre et les rapports si compliqués de ses muscles, les conditions d'équilibre auxquelles os et muscles doivent satisfaire, l'altération de toutes ces conditions par la difformité, les altérations consécutives de toutes ces pièces osseuses, de tous ces faisceaux musculaires, variant pour la direction, la forme, la dimension et la texture, avec le siège, l'étendue, la direction, le degré et l'ancienneté de la difformité, constituent une série de problèmes scientifiques de la plus inextricable difficulté, qui sont fort loin de se retrouver dans le pied bot, ou qui, du moins, sont loin d'offrir, dans cette difformité, la même importance et les mêmes conséquences que dans la déviation de l'épine. En pratique, les mêmes complications, les mêmes difficultés se retrouvent. Il ne s'agit pas d'un pied étendu à fléchir sur la jambe, et du tendon d'Achille à diviser pour obtenir, tant bien que mal, ce grossier résultat; mais il s'agit de remédier à de nombreuses courbures et à toutes les altéra-

tions secondaires qu'elles impliquent ; de combattre des modifications de direction, de forme, de dimension, de texture de toutes les parties déplacées et des parties environnantes sur lesquelles elles agissent ; de rétablir des conditions d'équilibre troublées ; finalement, de choisir, de reconnaître, dans deux ou trois cents faisceaux musculaires, ceux qui sont rétractés et qu'il faut diviser. Ajoutons que la position verticale de la colonne, la rendant tributaire d'une foule de causes de déviations autres que la rétraction musculaire, et que ces causes, pouvant intervenir pour diminuer, accroître ou neutraliser les effets primitifs de la rétraction, avec laquelle elles combinent leur influence, réalisent autant de complications bien capables de dérouter des esprits peu attentifs, de décourager des hommes peu persévérans, en masquant à leurs yeux les analogies qui existent réellement entre les déviations de l'épine et les autres difformités articulaires de la même origine.

En mettant, comme je viens de le faire, en évidence les faits et les principes qui servent de base à cette analogie, et les causes qui expliquent, jusqu'à un certain point, la méprise et l'opposition de mes adversaires, je n'ai pas renoncé à examiner directement leurs objections, quelque faibles qu'elles me paraissent ; le lieu où elles sont apportées, et le soin de ma propre considération, me font un devoir de les aborder de front et de les réduire à l'impuissance.

Or, qu'objecte-t-on sérieusement à la théorie des déviations de l'épine par rétraction musculaire, et à la myotomie rachidienne qui en est la conséquence ? On oppose 1° des altérations matérielles, des déformations, des affaissemens latéraux des vertèbres, qui seraient les points de départ de la difformité ; 2° des observations sur le vivant et des expériences sur le cadavre, propres à montrer que les muscles ne sont pas tendus dans la concavité des courbures, et que les courbures ne se redressent pas après la section de ces muscles. Quelques mots d'explication suffiront pour montrer que les altérations osseuses qu'on invoque contre la doctrine de la rétraction musculaire viennent, au contraire, à l'appui du système qu'elles sont destinées à combattre ; et que les observations et les expériences à l'aide desquelles on veut invalider la myotomie rachidienne ne prouvent en aucune façon ce qu'on veut leur faire prouver, et sont directement combattues, au contraire, par d'autres observations et d'autres expériences, faites avec plus de soin et une connaissance plus réfléchie des conditions où elles doivent réussir et des conditions où elles ne le peuvent pas.

En ce qui concerne les altérations osseuses de la colonne, *l'affaissement*

vertical des demi-vertèbres comprises dans la concavité des courbures, et la torsion qui accompagne toute portion de colonne courbée, on les regarde comme constituant un fait unique, qui consiste dans *l'inégalité de développement en tous sens des deux côtés des vertèbres affectées.*

En regard de cette proposition, qui est la reproduction textuelle d'une erreur que j'ai eu à combattre à une autre époque, je vais reproduire la proposition que je lui ai opposée : « Toutes les parties des vertèbres comprises dans la concavité des courbures sont rapprochées, réduites, écrasées, soudées parfois ou atrophiées jusqu'à la disparition complète ; celles qui correspondent à la convexité des courbures sont tiraillées, écartées, développées, hypertrophiées ; et de même que les caractères éloignés de la déviation et des courbures se tirent de la double influence du déplacement vertical, dû à la *flexion latérale*, et du déplacement horizontal dû à la *torsion*, de même toutes les altérations secondaires qui se passent dans un cercle d'action plus limité et d'une moindre importance sont également sous la dépendance de ce double fait, *courbure* et *torsion*, et se formulent très bien par leur simple énoncé. » Ainsi, pour moi, les déformations, les réductions des demi-vertèbres, comprises dans la concavité des courbures, et correspondant à la torsion des vertèbres sont des effets secondaires de la courbure et de la torsion ; et pour la doctrine adverse ce sont des lésions primitives d'où dépend la difformité. Si le simple énoncé de ces deux propositions contradictoires ne portait pas avec lui de quoi faire juger le débat, nous ajouterions les courtes remarques suivantes :

1° Les affaissemens verticaux des demi-vertèbres, que l'on regarde comme dus à une inégalité primitive de développement des deux côtés des vertèbres, se retrouvent dans toutes les courbures alternes de la même déviation, c'est-à-dire tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sur la même colonne déviée ; ces affaissemens occupent en outre toutes les vertèbres de la concavité d'un même arc, et à un degré proportionné au degré et à l'ancienneté de la courbure, c'est-à-dire qu'avec une courbure récente et d'un grand rayon, ces affaissemens sont imperceptibles, et qu'ils croissent avec les causes mécaniques et avec l'intensité d'action des causes mécaniques que nous leur assignons ; cela étant, il faudrait qu'on expliquât pourquoi cette atrophie alterne ainsi dans la même difformité, et varie dans toutes les vertèbres de chaque courbure, ce qu'on ne peut pas. Notre explication, au contraire, rend parfaitement compte de tous ces faits, et les formule aussi bien dans leur généralité que dans chacune de leurs dispositions particulières ;

2° Les déformations des vertèbres, attribuées à une inégalité de dévelop-

pement primitif de leurs deux moitiés, ne consistent pas seulement, comme on l'a cru, dans une atrophie uniforme, et en quelque façon passive, de toutes leurs moitiés comprises dans la concavité; mais ces déformations portent en outre avec elles des traces évidentes des différens ordres de causes auxquels elles sont dues. En faisant l'histoire de ces altérations, j'ai montré que les appendices vertébraux, et la vertèbre elle-même, sont tirés, pliés, tordus, dans la direction d'action des muscles rétractés et contractés, et que ces altérations secondaires portent avec elles, comme toute la difformité, le cachet spécifique de leur origine. Il n'est d'ailleurs pas exact de dire, comme on l'a fait pour donner une fausse explication de la torsion, que du côté de la concavité des courbures les masses apophysaires et les apophyses épineuses se rapprochent par le seul effet de l'inégalité de nutrition des deux côtés de chaque vertèbre. Une observation plus attentive eût fait voir que c'est le contraire qui a lieu; c'est-à-dire qu'en vertu d'une pliure de toute la vertèbre, suivant son diamètre antéro-postérieur, qui porte son apophyse épineuse du côté de la convexité de la courbure, cette apophyse est plus rapprochée de la masse apophysaire correspondant à la convexité de la courbure, que de celle du côté opposé. Il suffit de voir les vertèbres séparées d'une colonne déviée pour être convaincu de l'erreur que je viens de signaler;

3° On peut, à l'aide d'un fauteuil mécanique incliné, provoquer instantanément, chez de jeunes sujets, la contraction physiologique des muscles dont la rétraction produit la courbure et la torsion pathologiques, et déterminer par cet artifice un commencement de courbure et de torsion, avec quelques-uns des caractères extérieurs dépendans de ces deux élémens primitifs de la déviation. Cette simple expérience prouve que la torsion de la colonne résulte bien d'une véritable rotation mécanique des vertèbres, indépendante de leur atrophie latérale, et que les caractères consécutifs qu'elle engendre avec le fait de la courbure peuvent, ainsi que je l'ai établi, exister sans le fait préalable de l'affaissement auquel on les attribue.

Terminons en faisant remarquer que, dans toutes les autres difformités du squelette dont on admet l'origine musculaire, telles que le pied-bot, les déviations des genoux, le torticolis, etc., il y a aussi des altérations osseuses analogues à celles qu'on trouve dans les déviations de l'épine, altérations qui ne diffèrent de celles-ci qu'en raison de la différence des articulations et des mouvemens des parties que les difformités occupent, et des influences secondaires auxquelles elles sont soumises. Or, pourquoi ne considère-t-on pas ces

altérations comme la cause de la difformité dans le pied-bot, le torticolis, etc. ainsi qu'on le fait pour la déviation de l'épine?

Je me bornerai à ces simples considérations; si elles ne suffisaient pas pour produire immédiatement dans tous les esprits la conviction qu'elles sont destinées à y porter, je rappellerais qu'à une autre époque, dans le concours de 1836, la doctrine qu'on m'oppose aujourd'hui s'est fait juger avec toutes les ressources qu'elle possède, et que le jury chargé de prononcer contradictoirement entre les assertions dont on cherche encore à l'étayer aujourd'hui, et les preuves de fait et d'expérience sur lesquelles j'ai établi la mienne, s'est déclaré explicitement en faveur de cette dernière. Parmi les juges chargés de prononcer sur ce point de mécanique animale se trouvaient deux des grandes illustrations que l'Académie regrette, MM. Dulong et Savart (les seuls qu'il me soit permis de citer) dont les lumières spéciales étaient bien capables d'éclairer tous les doutes et de lever tous les scrupules de leurs savants collègues. En invoquant cette autorité, je n'ai pas l'intention de me retrancher derrière le bénéfice de la chose jugée, mais de conserver aux faits que j'allègue toute la force et la rigueur que leur ont reconnues, à l'issue d'une lutte qui a duré dix-huit mois, et exigé soixante-trois séances d'examen, des hommes peu habitués à se contenter d'allégations sans preuves et de déductions sans logique.

En ce qui concerne les observations faites sur le vivant et les expériences sur le cadavre, j'ai dit qu'elles n'ont aucune portée, parce qu'elles sont directement contredites par d'autres observations et d'autres expériences faites avec plus de soin et une connaissance plus réfléchie des conditions où elles doivent réussir, et des conditions où elles ne le peuvent pas. Voyons ces observations et ses expériences.

On a présenté une observation avec une certaine confiance, sans doute à cause et en proportion de l'importance qu'on lui suppose. On a fait remarquer que la tension et la dureté des faisceaux musculaires, invoquées par nous comme des caractères de la rétraction de certains muscles de l'épine, n'existent que lorsque le sujet est debout et disparaissent, au contraire, par le décubitus horizontal. Preuve, a-t-on dit, que si on avait mieux observé, on n'eût pas attribué à la rétraction ce qui n'est dû qu'à la contraction physiologique. L'objection n'est embarrassante que pour quiconque ne voit dans la déviation que la moitié ou le tiers de ce qui s'y passe. Et d'abord opposons formellement à cette observation de quelques cas les plus ordinaires, une observation péremptoirement contraire, portant sur les faits plus accentués et plus caractérisés. J'affirme donc, et j'affirmerai hautement parce que je les ai vus maintes

fois, parce que je les ai fait voir à toutes les personnes qui suivent mes conférences cliniques, qu'il existe un assez grand nombre de cas, dans lesquels la rétraction a été si forte, si complète, que les muscles rétractés, la masse commune des sacro-lombaires et long dorsal, par exemple, ont acquis la dureté du cartilage et offrent une tension qui reste la même dans le décubitus comme dans la station verticale. Ces faits ne sont pas communs, je le reconnais, et s'ils avaient été remarqués par la doctrine adverse, nul doute qu'elle eût été moins confiante dans son allégation. Les cas où les caractères de la rétraction sont moins prononcés; ceux où le décubitus les fait en partie disparaître sont les plus nombreux; mais ils ne sont pas pour cela plus favorables à l'opinion qui les invoque. Qu'arrive-t-il, en effet, dans toute déviation de l'épine produite par une rétraction musculaire peu intense? C'est que la difformité commencée par la rétraction est complétée par la contraction physiologique des muscles environnans, et par l'action verticale de la pesanteur. J'ai montré, en effet, que le fait de la courbure de la colonne réalise une condition, dans laquelle les muscles correspondans aux concavités des arcs agissent sous des angles plus ouverts que ceux qui correspondent à leurs convexités; en même temps que l'action verticale de la pesanteur, agissant également sous des angles plus ouverts aux côtés concaves, produit un résultat analogue; or cette double action incessante de la contraction physiologique et de l'action verticale de la pesanteur, consécutive à un commencement de déviation, ajoute incessamment un nouveau degré au degré primitif de la difformité, et fait disparaître à la longue la tension plus prononcée des cordes sous-tendant les courbures, comme on ferait relâcher la corde d'un arc flexible en plaçant à son extrémité un poids suffisant pour le courber davantage. Mais cette explication, qui repose sur des faits si vrais, si incontestables, n'est même pas absolument nécessaire. On peut presque toujours retrouver les caractères de la rétraction, alors même que la tension musculaire disparaît par le décubitus. Ainsi l'on peut, lorsque le sujet est debout, s'assurer par la tension plus grande des faisceaux musculaires rétractés, par leur isolement et leur saillie plus prononcée, par leur consistance plus fibreuse, qu'ils sont, en effet, soumis à des tractions plus considérables que leurs congénères, et par conséquent qu'ils portent en eux une cause de plus grande brièveté relative, bien que cette brièveté cesse d'être apparente dans le décubitus horizontal. Il en est de même pendant l'opération. Les faisceaux musculaires activement rétractés sont, à cause de leur consistance fibreuse, plus facilement divisés, et ils le sont avec un bruit et une netteté qui est bien en rapport avec le caractère de leur texture.

Mais la déviation de l'épine n'est pas la seule difformité où la rétraction soit quelquefois masquée par les effets d'autres causes. Le pied-bot varus équin offre dans certains cas la répétition de ce qui se passe dans la déviation de l'épine. Le renversement du pied sur son bord externe, produit en premier lieu par la rétraction du jambier antérieur, se complétant par l'action verticale de la pesanteur et la contraction physiologique des autres muscles de la jambe, finit par produire le relâchement même de ce muscle, raccourci et tendu pendant les premiers degrés de la difformité.

Les expériences sur le cadavre ne nous paraissent pas plus heureuses que les observations sur le vivant : ces expériences sont au nombre de sept. Trois d'entre elles ont été faites sur des sujets atteints de déviation rachitique; deux autres sur des sujets âgés de 35 et de 63 ans, ce dernier offrant une déviation de 5 centimètres de flèche. Or, avant d'aller plus loin, ces cinq expériences peuvent être mises immédiatement hors de cause; les trois relatives à des sujets rachitiques sont absolument étrangères à la question, car j'ai toujours eu soin de différencier les déviations rachitiques, que je range parmi les osseuses primitives, des déviations par rétraction musculaire. Les deux relatives à des sujets âgés de 35 et 63 ans, dont l'un avait une déviation de 5 centimètres de flèche, sont également étrangères à la question sous un autre point de vue. Il y a long-temps que j'ai établi, et le rapport de l'Académie sur mes travaux en fait foi, que l'âge, l'ancienneté et le degré extrême des déviations de l'épine réalisent trois ordres de conditions, dans lesquelles les altérations secondaires rendent ces déviations tout-à-fait incurables. La proposition de guérir une gibbosité datant de 63 ans et de 5 centimètres de flèche eût été une dérision. Comment qualifier la prétention de juger une doctrine et une méthode d'après son impuissance et son inefficacité dans de semblables conditions? Restent les deux dernières expériences, relatives à deux sujets, dont les muscles correspondans aux concavités des courbures n'étaient pas même tendus après la mort. Le peu de rigueur des cinq premières expériences pourrait me dispenser d'examiner les deux dernières, car il est à craindre qu'on ait pas été plus difficile pour les unes que pour les autres. Quelle était la nature de ces difformités? A quelle cause étaient-elles dues? Combien de temps après la mort a-t-on expérimenté? Car, faisons-le remarquer, sur le cadavre, quelques jours après la mort, les muscles deviennent flasques, sans résistance aucune, tandis que les ligamens ont de la tendance à se raccourcir. Ne sait-on pas, en effet, que la colonne vertébrale qui, sur le vivant, jouit d'une certaine souplesse et mobilité, devient, après la mort, d'une rigidité notable? Voilà ce qui

explique comment la section des ligamens, dans les cas qu'on a rapportés, a été en apparence plus efficace que la section des muscles.

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, par Auguste Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc., Paris, 1839-1841, 5 vol. in-8°, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Second et dernier article.

Ce second article comprendra l'analyse des deuxième et troisième sections de l'ouvrage de M. Vidal, plus une appréciation générale

La seconde section (maladies chirurgicales considérées dans les divers tissus organiques) se compose de dix chapitres, dont le premier, consacré à l'étude des affections cutanées, comprend huit articles. Nous ne reculerons pas devant une simple énumération, afin de donner encore une fois, par un exemple, une idée de la manière complète dont l'auteur envisage les questions.

Art. I. — Plaies de la peau.

Art. II. — Inflammations de la peau : 1° Erythème ; 2° érysipèle ; 3° érysipèle phlegmoneux (cette affection appartient aux maladies du tissu cellulaire, mais on ne pouvait la séparer de l'érysipèle simple) ; 4° zona ; 5° furoncle ; 6° anthrax ; 7° pustule maligne ; 8° charbon.

Art. III. — Gangrène de la peau.

Art. IV. — Corps étrangers de la peau.

Art. V. — Hypertrophie de la peau : 1° Hypertrophie des follicules de la peau ; 2° hypertrophie des vaisseaux de la peau ; 3° hypertrophie du derme.

Art. VI. — Dégénérescences de la peau.

Art. VII. — Cancer de la peau.

Art. VIII. — Ulcères cutanés.

Nous avons été fort intéressé par la lecture des considérations sur les caractères distinctifs de l'anthrax, de la pustule maligne et du charbon. Nous croyons toutefois qu'il ne peut y avoir de distinction tranchée entre le charbon et la pustule maligne, le charbon, selon nous, n'étant qu'une pustule maligne au plus haut degré de gravité, et, réciproquement, la pustule maligne n'étant qu'un charbon moins intense.

Les maladies des *bourses muqueuses*, sujet du chapitre suivant, figurent pour la première fois dans un traité de chirurgie. M. Vidal a résumé tout ce qui était acquis à la science sur ce point de pathologie, à l'époque où il écrivait. Il aura à ajouter dans sa seconde édition. Il devra, en outre, s'armer de sévérité dans le jugement des opérations applicables à l'hygroma. La plupart de ces opérations peuvent donner lieu aux accidens les plus graves. Un homme opéré à la Charité, dans le service de M. Velpeau, par le déchirement sous-cutané du kyste, a été atteint d'une angéioleucite très intense, qui s'est étendue à toute la cuisse, et a mis la vie du sujet en péril.

L'article *abcès* du troisième chapitre (maladies du tissu cellulaire) est un des plus beaux morceaux de chirurgie que nous ayons lus et étudiés. Il est surtout éminemment pratique. Nous n'en voulons pour preuve que les préceptes relatifs à la fluctuation. L'auteur cite, à ce propos, un fait intéressant. Une femme avait été envoyée à la Charité (service de M. le professeur Bouillaud), pour un *point pleurétique*. Il existait une tumeur au-dessous du sein. Beaucoup d'élèves et de docteurs avaient exploré cette tumeur sans pouvoir la faire fluctuer. M. Vidal parvint à reconnaître qu'elle conte-

nait un liquide en la transportant, pour ainsi dire, sur la côte sous-jacente. Une incision pratiquée immédiatement confirma le diagnostic. Ce cas est rapporté en regard du précepte de donner, autant que possible, un point d'appui solide aux tumeurs que l'on suppose être des collections, lorsqu'on cherche à y constater la présence du liquide. Il y a pourtant une chose que nous critiquerons dans cet article, c'est la définition de l'abcès et de l'épanchement purulent. Notre habile collaborateur, qui a beaucoup de hauteur dans les aperçus, nous trouvera bien méticuleux. Voici cette définition : « Quand du pus s'accumule dans une cavité accidentelle, on dit qu'il y a *abcès*; c'est un épanchement purulent si ce liquide est versé dans une cavité naturelle comme une séreuse. » Si M. Vidal, en mauvaise disposition, eût trouvé cette définition dans un article de Delpech, qui sait ce qu'il en aurait dit. Quant à nous, nous avons à en dire qu'elle porterait à croire que dans l'abcès le pus trouve la cavité accidentelle toute faite, au lieu que ce soit lui qui se la forme.

Nous voici arrivé à un des chapitres les plus importans du livre, celui qui traite des maladies des artères. Dans les deux suivans (V et VI), sont étudiées les maladies des veines et celles des vaisseaux et ganglions lymphatiques.

L'auteur divise les plaies des artères en *non pénétrantes* et en *pénétrantes*. Il rapporte en parlant des premières le fait de Guthrie, dans lequel les membranes externe et moyenne de la carotide furent seules intéressées. L'interne resta saine. On ne fit rien. Huit jours après, hémorrhagie mortelle (1). L'élève saisira parfaitement, d'après les détails

(1) Il est arrivé, dit B. Bell, que la tunique externe de l'aorte, étant enlevée par la pointe d'une petite épée, le malade a péri subitement par la rupture de l'artère, lorsque la plaie était presque cicatrisée. (*Cours complet de chirurgie*, t. 5, p. 14.)

clairement exposés par M. Vidal, tous les faits relatifs à cette grande question des plaies artérielles, et en particulier comment il se peut faire qu'une plaie incomplète d'une artère soit plus grave que la division totale du cylindre.

M. Vidal a étudié sous le nom d'*hémorrhagies tardives* celles qui ne sont pas produites par des plaies artérielles. Expliquons-nous, ou plutôt laissons l'auteur s'expliquer lui-même : «... Les vaisseaux ont été épargnés dans l'accident; ils n'ont pas été divisés d'abord, ils ne sont pour rien dans la lésion physique; seulement ils subissent plus tard les conséquences des tissus qui se trouvent sur la voie que l'ulcération creuse pour chasser les corps étrangers... » Exemples : « Une épingle avalée s'est implantée dans l'œsophage ; elle ne peut tomber dans l'estomac ou être rejetée par la bouche ; elle chemine dans le cou, rencontre l'artère carotide qu'elle ulcère ; de là une hémorrhagie. Une esquille osseuse n'a pas d'abord blessé l'artère d'un membre ; mais plus tard, quand elle sera détachée, elle pourra rencontrer cette même artère et l'ulcérer ; de là encore une hémorrhagie. Les ligatures dites d'attente, que l'on plaçait sous les artères, produisaient des hémorrhagies qui se rapportent à cette catégorie. Le fil est le corps étranger qui doit nécessairement diviser l'artère placée devant lui ; mais comme ce corps étranger est très voisin du vaisseau, l'hémorrhagie est moins tardive que dans les cas déjà supposés. » Cette classe est bonne à conserver, attendu que les faits qui s'y rapportent ont positivement quelque chose de spécial. Il y a un double avantage, lorsque les faits s'y prêtent naturellement, à les diviser en catégories ; c'est que d'une part ils apparaissent plus nettement à l'esprit, et que de l'autre la mémoire les garde plus facilement. M. Vidal obéit à cette

idée quand il dit avec beaucoup de sens: « Si l'on voulait creuser la question des hémorrhagies, il faudrait en admettre au moins quatre espèces: 1° *instantanée*, celle qui a lieu au moment même de la division artérielle; 2° *primitive*, celle qui se produit après que le spasme a cessé, que la chaleur est revenue ou que le caillot non encore adhérent a été chassé; 3° *consécutive*, celle qui arrive du deuxième au quinzième jour par le fait de l'élimination d'une eschare ou d'un caillot adhérent; 4° enfin *tardive*, celle qui est le fait d'une ulcération dont le point de départ n'est pas au vaisseau. Dans les trois premières espèces, il y a blessure de l'artère; dans la quatrième, l'artère est restée intacte au moment de l'accident. »

Les hémorrhagies et les anévrysmes traumatiques sont le sujet de deux paragraphes de l'article *plaies des artères*, auxquelles, par conséquent, les unes et les autres sont rattachées. De cette manière les anévrysmes traumatiques, si différens des anévrysmes spontanés, sont étudiés à part: classification qui est la seule rationnelle, et que l'esprit logique de M. Vidal ne pouvait méconnaître.

La description de l'anévrysme variqueux a été particulièrement soignée. L'observation si importante et si bien faite de Larrey, de Toulouse, est rapportée en entier dans une note.

L'*artérite*, l'*hypertrophie* et l'*atrophie* des artères, leurs *dégénerescences* sont le sujet d'articles remarquables. Arrive ensuite l'histoire des *anévrysmes spontanés*. L'auteur n'y a rien omis. Toutes les variétés connues de ces anévrysmes sont exactement décrites. L'argumentation précise de M. Vidal, qui est un chirurgien positif, quoique homme d'imagination, se montre avec éclat dans l'étude comparative des moyens hémostatiques, et surtout

dans l'appréciation de la torsion par rapport à la ligature. « Dans ces derniers temps, dit M. Vidal, on a voulu remplacer la ligature par la torsion, soit après les grandes opérations, soit dans les cas de blessure d'artère et même pour le traitement des anévrysmes. Dès qu'une pareille proposition a été faite, j'ai examiné quels étaient les argumens contre la ligature Je suis arrivé à cette conclusion: rien contre sa simplicité, rien contre sa facilité, rien contre la douleur qu'elle détermine, rien contre les accidens qui en sont la suite : c'est-à-dire que la ligature pratiquée comme on le fait aujourd'hui en Angleterre, en France et ailleurs, avec les modifications apportées par les progrès récens de la chirurgie, ce moyen hémostatique constitue la pratique la plus exempte de reproche que nous offre la médecine opératoire. Dans les hôpitaux de Paris, une hémorrhagie, après une ligature bien faite, est considérée comme un fait des plus rares. » On devine d'après cela qu'elle est l'opinion de M. Vidal sur la torsion comparée à la ligature. Voici, au reste, cette opinion formulée en deux lignes : « C'est, en dernière analyse, la ligature qui doit être préférée *toutes les fois qu'il s'agit de la lésion d'une artère importante.* » Elle n'est pas et ne pouvait être absolue. La torsion ne saurait être rejetée dans tous ces cas. Elle nous semble préférable à la ligature, lorsqu'il s'agit d'artères du second ordre, comme celles que l'on divise dans les opérations qui se pratiquent sur le sein, dans les amputations de l'avant-bras et de la partie inférieure de la jambe. Dernièrement, dans une opération de hernie étranglée dans laquelle nous assistions M. le professeur Velpeau, nous eûmes à diviser une bride ancienne qui unissait l'épiploon au sac; comme cette bride était vasculaire, nous pratiquâmes la torsion à

son extrémité, pour n'avoir pas la crainte d'un épanchement de sang dans l'abdomen.

Un court article est consacré à la transfusion. Nous le citons pour montrer que M. Vidal ne fait pas d'omissions. Après les moyens propres à étancher le sang, devait venir celui de réparer les pertes extrêmes du liquide.

La question de l'introduction de l'air dans les veines est rattachée logiquement aux plaies de ces vaisseaux, dont l'étude est suivie de celle de la phlébite. En général, M. Vidal est humoriste; on peut d'après cela deviner ses tendances relativement aux doctrines qui ont pour objet la formation des abcès métastatiques. Toutefois M. Vidal ne s'est pas prononcé explicitement, et a pris le rôle de la conciliation, ce qui était le moyen de ne mécontenter personne.

M. Vidal consacre un article à l'hypertrophie et à l'atrophie des veines : il reproduit textuellement, au sujet de la première, la classification des espèces de phlébectasie, d'après M. le professeur Andral. Les *dégénérescences des artères*, les *varices*, les *ulcères variqueux*, sont étudiés ensuite avec les détails convenables.

Les *tumeurs érectiles* forment le sujet unique du chapitre suivant (VI. maladies des vaisseaux capillaires sanguins). Pour ces tumeurs, comme pour les varices, M. Vidal a décrit les nombreux procédés opératoires qui s'y rapportent.

Dans le chapitre VII, l'auteur traite des *maladies des vaisseaux et des ganglions lymphatiques*. Ce chapitre commence par des considérations générales sur l'anatomie et la pathologie du système lymphatique. Le corps du chapitre comprend trois articles, dont le premier a pour sujet l'*angioleucite* ou inflammation des vaisseaux blancs, mala-

ladie bien étudiée par M. Velpeau, et dont les deux autres sont relatifs à l'*adénite lymphatique* et aux *dégénérescences des vaisseaux et ganglions lymphatiques*.

Quatre articles composent le chapitre VIII, dans lequel sont exposées les *maladies des nerfs*. Voici le titre de ces articles : Art. I. *Plaies des nerfs*. Art. II. *Névralgies*. Art. III. *Névrite*. Art. IV. *Dégénérescences des nerfs*. « La plupart des lésions que je vais examiner, dit avec raison M. Vidal au commencement de ce chapitre, sont oubliées ou à peine effleurées dans les livres de chirurgie. »

Il est question du *tétanos traumatique* à propos des plaies des nerfs. « Je sais, dit l'auteur, qu'il peut aussi se déclarer après une plaie qui n'intéresse pas spécialement un nerf, et qu'il y a un tétanos qu'on appelle spontané ; mais comme accident des plaies, il doit figurer dans le chapitre des maladies des nerfs, au même titre que l'hémorrhagie artérielle figure au chapitre des maladies des vaisseaux à sang rouge et la phlébite à celui des vaisseaux à sang noir. »

C'est admettre que le tétanos est lié aux nerfs comme l'hémorrhagie aux artères et la phlébite aux veines. Mais il ne peut y avoir d'hémorrhagie proprement dite sans qu'une artère ne soit lésée ; il ne peut y avoir de phlébite sans qu'une veine ne soit enflammée. Au contraire, il peut y avoir tétanos sans qu'un cordon nerveux ait été intéressé. M. Vidal le dit lui-même. Ainsi absence du rapport indiqué. Nous avons une autre remarque critique à présenter relativement au tétanos. M. Vidal expose très bien les causes, les prodrômes, les symptômes et les variétés de cette affection. Arrivé aux terminaisons, il s'exprime ainsi : « Cette

maladie se termine ordinairement par la mort vers le quatrième jour. Selon Hippocrate, ceux qui franchissent ce terme sont sauvés, ce qui a été démenti par l'observation. Il n'est pas très rare de voir la mort arriver le huitième jour, quelquefois même le quinzième. *Les auteurs font même mention d'un tétanos chronique. Ils entendent sans doute parler d'un tetanos affectant quelques muscles dont les contractions permanentes ne peuvent nuire d'une manière directe aux principales fonctions de l'organisme. On a admis aussi un tétanos intermittent. Il est probable que cette forme a été confondue avec une des nombreuses variétés de la fièvre d'accès.* » Nous ne saurions approuver que, dans un livre *classique*, il soit question d'une chose *à propos* d'une autre, et, pour mieux préciser, des *variétés* d'une maladie à propos de ses *terminaisons*. C'est un manque d'ordre qui ne peut qu'être nuisible à la complète intelligence du sujet. Il faut que la place de chaque chose soit marquée d'avance et qu'il n'y ait pas d'imprévu. En d'autres termes, il faut un cadre rigoureux, le même autant que possible' pour tous les sujets. Le lecteur s'y habitue, et l'étude en est facilitée. Allez donc, dans un cas pressant, chercher le traitement dans un article où toutes les données seraient entremêlées? L'on ne doit pas être obligé de lire tout un article pour trouver un détail. On comprend que ce que nous disons, c'est à propos de M. Vidal et non pour M. Vidal. Nous avons, l'occasion y prêtant, voulu présenter une remarque *générale* en faveur de l'ordre et de la méthode. Il faut de l'ordre et de la régularité. L'ordre doit aller jusqu'à l'*étiquette;* c'est-à-dire que (toujours, bien entendu, au point de vue d'un ouvrage classique), il faut, lorsqu'on parle des symptômes, que l'on ne craigne pas de mettre

le mot *symptômes* en tête du paragraphe. C'est un soin matériel qui ne coûte pas, et qui est utile. Les grands esprits appellent cela du *terre à terre*, et s'en vont disant que l'ordre dont nous parlons est *l'affaire du prote*. Il y a là plus d'orgueil que de raison. Soyez *terre à terre* si c'est le meilleur moyen de vous faire comprendre. Il est une chose dont un écrivain doit bien se persuader, c'est qu'il est difficile de faire lire de la science. Dès-lors, il ne faut rien négliger pour diminuer cette difficulté.

Le chapitre IX a plus de quatre cents pages, et on ne s'en étonnera pas quand on saura qu'il traite des *maladies des os et de leurs dépendances*. Le chapitre se divise en deux articles. ARTICLE Ier : *Maladies de la continuité des os*. ARTICLE II : *Maladies de la contiguïté des os*. Les *plaies* des os, les *fractures*, étudiées d'abord en général, puis dans tous les os, l'*ostéite*, la *carie*, la *nécrose*, l'*hypertrophie* et l'*atrophie* des os, leurs *dégénérescences*, les *kystes* qui se développent dans leur épaisseur, les *tubercules* des os, l'*affection tuberculeuse des vertèbres* composent la matière du premier article ; l'*entorse* ; les *luxations*, les *plaies des articulations*, l'*arthrite*, l'*hydarthrose*, les *corps étrangers des articulations*, *l'ankylose*, enfin *les dégénérescences des articulations*, composent celle du second.

On attendra long-temps encore avant que la triple question (triple et une) de l'ostéite, de la carie et de la nécrose soit parfaitement éclairée. Toujours est-il que l'on trouvera dans les pages de M. Vidal, sur ce sujet, des aperçus intéressans et un résumé complet de l'état présent de la question.

Dans les abcès par congestion résultant de la carie vertébrale, M. Vidal conseille la pratique de Boyer, c'est-à-

dire la ponction au moment de l'apparition de la tumeur, renouvelée lorsque la collection se reproduit. Le motif sur lequel cette pratique se fonde est que, si l'on ouvre la tumeur de bonne heure, l'inflammation de la surface muqueuse que son intérieur représente, est moins redoutable, en raison de la moindre étendue de cette surface. Ce motif est purement théorique. L'expérience prouve que, dans un grand nombre de cas, l'ouverture de l'abcès, même au milieu des conditions de santé générale les plus favorables, est pernicieuse. Nous nous rappelons à ce propos les observations de M. Malle, publiées dans l'*Esculape*. Un homme très robuste, entre autres, était entré à l'hôpital pour un abcès par congestion, que l'on ouvrit sans plus d'hésitation que s'il se fût agi d'un abcès ordinaire; dix jours après il y avait déjà un *changement effrayant* dans l'état du sujet, qui succomba au bout de deux mois. Voici ce que nous disions à propos des observations de M. Malle, dans le premier numéro de la *Revue chirurgicale*, devenue les *Annales de la Chirurgie française et étrangère* : « Il ne faut jamais oublier, dans le traitement des abcès par congestion, que ces abcès ne sont qu'un symptôme, un accident de la maladie; la maladie est ailleurs et consiste dans une altération plus ou moins profonde des vertèbres. C'est elle qu'il faut combattre par les moxas, par les cautères, par le régime; l'affection osseuse guérie, l'abcès se résorbera sans trop de difficultés. Ouvrir ce dernier de prime abord, c'est risquer de ne plus pouvoir traiter la maladie principale, attendu que, le plus souvent, le pus prend un mauvais caractère, devient fétide, ichoreux, irritant, et que le malade, promptement réduit au dernier degré du marasme, périt presque infailliblement. Nous avons vu rarement ouvrir un abcès

par congestion sans que nous ayons pu nous dire que la mort avait été précipitée par l'opération. Au total, nous croyons qu'il ne faut ouvrir ces abcès que lorsque, par leur développement, ils donnent lieu à des douleurs continuelles. Dans ce cas, une opération prudente a pu prolonger, pendant assez long-temps, les jours du malade. »

Les maladies des articulations, et en particulier leurs dégénérescences sont bien étudiées. L'ankylose est le sujet d'un article excellent. La division de l'ankylose en *intra-capsulaire* et en *extra-capsulaire* est de nature à beaucoup faciliter l'étude de la question. Le chapitre X, le dernier du second volume, traite des *maladies des muscles et du tissu fibreux*. Les *plaies des tendons*, leurs *ruptures* et celle des *muscles*, les *ganglions*, les *kystes hydatiformes* et les *rétractions* sont envisagés dans autant d'articles distincts : à l'article des rétractions sont nécessairement rattachés la ténotomie et ses procédés multipliés.

Le troisième volume commence la TROISIÈME SECTION (Maladies chirurgicales considérées *dans chaque région*). C'est tout un traité d'ophthalmologie; plus de 400 pages y sont consacrées à l'étude des maladies des yeux et de leurs dépendances. M. Vidal a consulté les ouvrages des ophthalmologistes de tous les pays, et réalisé une sorte d'encyclopédie ophthalmologique. Le tome commence par les *maladies du crâne*. L'auteur étudie d'abord les *plaies* (ART. I), voici dans quel ordre : § 1er *Plaies des parties molles extérieures*. § 2e *Plaies des os du crâne* (*par instrumens tranchans; par instrumens piquans; par corps contondans*). § 3e *Plaies des parties contenues dans le crâne*. § 4e *Des accidens des plaies du crâne*. § 5e *Trépanation* (La contusion simple, l'enfoncement des os du crâne, les fractures

et toutes leurs variétés, l'écartement des sutures, sont étudiés à propos de l'action des corps contondans). ART. 2. *Céphalœmatomes*. ART. 3. *Encéphalocèle*. ART. 4. *Hydropisie de l'encéphale* (hydrocéphalorachis, hydrocéphalie; hydrorachis spina-bifida). ART. 5. *Carie des os du crâne*. ART. 6. *Nécrose des os du crâne*. ART. 7. *Exostoses du crâne*. ART. 8. *Loupes du crâne*. ART. 9. *Dégénérescence du crâne*.

Le chapitre des maladies du crâne se termine par un article sur le *diagnostic différentiel des principales tumeurs du crâne,* suivi d'un *tableau* synoptique qui résume exactement les symptômes propres à éclairer ce diagnostic.

M. Vidal a spécialement insisté sur les accidens des plaies de tête. La *commotion* et la *compression* sont l'objet de développemens étendus. Le *Traité des plaies de tête* de notre ancien et vénérable maître, M. Gama, ex-chirurgien en chef du Val-de-Grâce, a fourni à l'auteur l'explication du mécanisme de la commotion. Les signes différentiels de ces deux accidens ont occupé M. Vidal d'une manière toute particulière, et la discussion à laquelle il s'est livré à ce sujet, est une des parties les plus recommandables de l'ouvrage.

Nous avions promis une revue rapide de la chirurgie plutôt qu'un simple examen du livre de M. Vidal, et voilà que nous sommes entraîné, malgré nous, à précipiter cette analyse, à cause du peu d'espace que nous laisse l'abondance des matières du journal.

Le quatrième volume de M. Vidal est fourmillant de choses. L'auteur y parcourt la pathologie chirurgicale du corps humain depuis l'oreille jusqu'à l'abdomen. Les maladies de l'oreille, du nez, des fosses nasales, des sinus frontaux, des sinus et des os maxillaires supérieurs, du maxillaire inférieur, des lèvres, de la langue, du palais et du voile palatin, des

amygdales, du pharynx, de la glande parotide, de la glande sous-maxillaire et de son conduit excréteur, du cou, du larynx et de la trachée-artère, de l'œsophage, du corps thyroïde, des mamelles chez la femme, des mamelles chez l'homme et chez le nouveau-né, du thorax, de l'abdomen, — toutes ces maladies et les innombrables opérations qu'elles comportent sont successivement approfondies dans les vingt-et-un chapitres qui le composent.

Le volume se termine par l'histoire générale des hernies, dont les variétés sont examinées dans le cinquième et dernier volume, fort de 960 pages. Aucune des variétés n'a été omise, et, nous pouvons le dire, ici encore M. Vidal a été complet. Nulle part on ne trouverait un tel ensemble de données sur la question. Cette partie de l'ouvrage est une bonne fortune pour les élèves. Vient ensuite l'histoire de l'*anus contre nature*, et un article très intéressant intitulé *Tumeurs de l'abdomen*, généralement négligé dans les traités de chirurgie; puis les maladies de l'anus et du rectum, que l'auteur a traitées avec de grands développemens (l'article qu'il leur a consacré a plus de cent pages); puis encore les maladies de l'urètre et toutes les opérations relatives à ce canal.

Les lecteurs de ce journal ont pu apprécier les articles de M. Vidal sur les maladies de la prostate. Notre collaborateur ne pouvait mieux faire que de transporter ces articles dans son traité.

En suivant la marche naturelle, nous arrivons, après l'urètre et la prostate, à la vessie, et nous abordons la grande question des *calculs vésicaux*, qui comprend celle de la *taille* dont nous trouvons l'histoire, après quelques mots sur les lithontriptiques, et un paragraphe *spécial* réservé à *la lithotritie*.

On sait le nombre immense des procédés de taille; on sait que, malgré les efforts des meilleurs esprits, la classification de ces procédés, pour les tailles périnéales, laissait beaucoup à désirer, au point que les chirurgiens les plus versés dans l'étude de ce sujet, pris à l'improviste, dans un concours, par exemple, auraient eu beaucoup de difficulté à coordonner les élémens de la question. Nous ne craignons pas de l'affirmer, et notre franchise dans le reste de cette analyse nous met ici à notre aise, M. Vidal a débrouillé ces matériaux confus et éclairé ce chaos. Il y a deux avantages dans la classification de M. Vidal : un avantage *mnémonique* (il est important, et c'est le moindre) et un avantage *pratique*. Mais faisons connaître la classification de M. Vidal, et pour cela empruntons-lui ses propres expressions :

« La distinction des tailles en périnéales, hypogastriques et rectales, est basée sur la considération des premières parties qu'on divise. Ainsi, c'est sur l'incision *extérieure* qu'on s'est basé pour les classifications anciennes (existantes). Mais ce n'est pas là le temps le plus important, c'est l'incision *intérieure*, celle qui porte sur une partie de l'appareil urinaire, sur l'urètre, sur la prostate ou sur la vessie. Selon qu'on n'aura divisé que l'urètre ou la prostate, on devra s'attendre à tels ou tels phénomènes; si on attaque la vessie, après avoir divisé ses parties, ou sans les diviser, la scène change. De sorte que les grandes considérations pathologiques se rattachent à cette *incision intérieure;* les accidens dépendent surtout de la manière de la faire, plutôt que de la manière d'inciser la peau et les parties qui la séparent de la pièce de l'appareil urinaire qu'on veut ouvrir. Il est donc plus logique, et surtout plus pratique, de diviser la taille en *urétrale*, *prostatique* et *vésicale*. »

Cette classification facilite extrêmement l'exposition, comme on s'en convaincra par la lecture de tous les paragraphes, où chaque chose est si claire que, pour nous, cette lecture a surpassé en facilité et en satisfaction celle que pourrait nous procurer un article simplement et agréablement littéraire. Elle a surtout l'incomparable avantage de fixer l'attention sur ce qu'il y a d'essentiel dans une opération de taille : l'incision intérieure.

M. Vidal a écrit sur la taille quadrilatérale, qui est sa propriété scientifique, quatre pages dignes de figurer parmi ce que les maîtres de l'art ont laissé de mieux pensé. Nous croyons faire une chose profitable à nos lecteurs en reproduisant, à la suite de cet article, le passage entier de l'ouvrage de M. Vidal. Le livre se termine par les maladies des reins, celles des parties génitales de l'homme et de la femme, celles de la main et du pied, enfin par deux chapitres sur les amputations et les résections.

Quels sont maintenant les points de vue généraux sous lesquels on peut envisager un ouvrage? Ils varient selon la nature du livre. Ici, nous avons affaire à un ouvrage didactique embrassant tout un corps de science. Dans un pareil livre, ce qu'il faut examiner, c'est, en premier lieu, l'esprit philosophique qui a présidé à la classification des faits, à leur exposition et à leur appréciation ; c'est ensuite, la forme proprement dite ou le style ; enfin, il faut rechercher si cet ouvrage n'a pas laissé échapper quelques-uns des faits importans acquis à la science.

Sous le premier rapport, nous renvoyons à la classification générale de M. Vidal. Il ne nous semble pas que celui qui a trouvé cette classification ait besoin de fournir de plus

amples preuves de son esprit philosophique. Le lecteur voudra bien se reporter aussi à la classification spéciale des opérations de taille, classification qui, nous le dirions plus volontiers si M. Vidal n'était pas notre collaborateur, nous paraît un trait de génie. Il faut une nature forte pour s'élancer ainsi hors de la voie commune. C'est précisément à cause de son esprit philosophique que M. Vidal a écrit un livre qui a un cachet particulier. Quant à l'exposition détaillée des faits et des principes qui en découlent, il y a lieu, comme on l'a vu, à quelques critiques portant spécialement sur l'ordre, encore s'agit-il plus souvent d'un certain ordre matériel que de l'ordre logique. Le style est rapide, facile, parfaitement clair. L'ouvrage de M. Vidal est du petit nombre de ceux qui se lisent vite. Il y a des livres qui, par l'embarras du style, font penser à une côte que l'on monterait; il y en a d'autres avec lesquels on croit descendre une pente rapide. En ce qui touche la dernière question, celle de savoir si l'ouvrage est complet, il l'est autant que possible. Non-seulement les affections chirurgicales, mais encore les vices de conformation et les difformités acquises, sont exposés conformément aux progrès les plus récens de la science. Nous n'avons plus qu'un mot à ajouter, relativement à l'avenir qui attend le livre de M. Vidal. L'ouvrage de Boyer a eu un immense succès. Si l'on compare sa première édition à celle de M. Vidal, on est porté à augurer une plus grande fortune encore à l'ouvrage de notre collaborateur. (M. de C.)

Voici l'extrait dont nous avons parlé plus haut:

« J'ai proposé cette méthode dans une thèse inaugurale (28 août 1828), et mes premiers essais datent de 1825. Cette taille est une des nombreuses applications du *débridement multiple*, principe de médecine opératoire dont les avantages sont aujourd'hui incontestables et peu contestés. J'ai reconnu

que l'école de Lecat, qui incisait peu la prostate et la déchirait beaucoup; que celle de Cheselden, qui ne la déchirait pas, mais qui la débridait beaucoup : j'ai reconnu que ces deux écoles étaient mauvaises, mais à divers degrés. Celle de Lecat avait raison quand elle n'avait affaire qu'à un petit calcul; alors la petite incision suffisait, et le débridement n'avait pas besoin d'être complété par une déchirure. Selon moi le volume de la pierre ne doit pas commander une augmentation dans l'*étendue*, mais une augmentation dans le *nombre* des incisions; car l'étendue doit être toujours à-peu-près la même. Ainsi, pour les petites pierres, une seule petite incision (taille unilatérale); pour les moyennes, deux petites incisions (taille bilatérale); pour les grosses quatre petites incisions (taille quadrilatérale).

« Je dois dire ici que, pour moi, l'incision extérieure a très peu d'importance; parallèle, oblique, perpendiculaire, droite, courbe, peu importe; l'importance est de ne pas la faire trop petite. Ainsi, *plusieurs petites incisions intérieures, une seule grande incision extérieure*, voilà en peu de mots nos principes, ma pratique. Je sais à quoi m'en tenir sur les dangers des hémorrhagies des artères du périnée; une seule pourrait être très grave, c'est celle qui serait produite par la lésion de l'artère honteuse interne; or, pour atteindre cette artère, en pratiquant la taille, il faudrait le vouloir bien; encore ne réussirait-on pas toujours. Les hémorrhagies, qui, à la suite de la taille, compromettent les jours du malade, sont presque toujours internes, c'est-à-dire produites par le réseau vasculaire qui entoure la prostate; or, ma méthode est celle qui éloigne le plus le tranchant de ce réseau. Je préfère cependant l'incision extérieure en croissant, comme celle que j'ai vû si souvent pratiquée par Dupuytren. Les deux premières incisions de la prostate sont faites sur les deux rayons obliques inférieurs de cette glande; quand la pierre est de moyenne grosseur, ces deux incisions suffisent : mais avec une pierre très volumineuse, si on ne fait que deux incisions: elles se réunissent en une seule, dont les bords, les angles sont tiraillés et déchirés quand l'opérateur fait des efforts pour extraire le calcul, malgré la résistance que lui oppose la base de la prostate. C'est alors qu'il faut introduire dans le fond de la plaie l'index gauche, sur lequel est couché à plat un long bistouri boutonné, dont le tranchant est dirigé en haut, en dehors et à gauche (rayon oblique supérieur gauche); puis en dehors, en haut et à droite (rayon oblique supérieur droit). Quand on ne veut pas lâcher la pierre, on confie la tenette à un aide, et cet instrument guide le bistouri, qui va faire les deux dernières incisions, au lieu de prolonger

vers la peau les deux incisions supérieures comme on le fait pour les deux incisions inférieures qu'on confond avec la plaie du périnée, on les borne à la prostate. De cette manière, la taille est *quadrilatérale en dedans*; extérieurement elle n'est que *bilatérale*; car la résistance à la sortie du calcul est surtout très prononcée au col vésical : c'est donc là que le nombre des incisions doit être en rapport avec le volume du calcul ; c'est là surtout qu'on doit craindre d'étendre les incisions. Une fois que le calcul a franchi la prostate, il trouve des tissus qui lui cèdent facilement : aussi les deux débridemens inférieurs qui viennent se confondre avec l'incision en croissant, donnent une suffisante liberté au calcul pour franchir le périnée. Ce n'est pas pour sortir du périnée que le calcul éprouve des difficultés sérieuses; c'est pour y entrer, c'est-à-dire pour passer de la vessie dans la partie du périnée, qui correspond à la portion membraneuse de l'urètre.

« Je prévoyais bien qu'en imaginant quatre incisions, je ferais forger un instrument à quatre lames. Pour éviter des frais d'imagination à ceux qui en ont tant, quand il faut compliquer notre arsenal, je dis dans ma thèse : « J'espère qu'on n'attend pas de moi un instrument à quatre lames, qui diviserait en même temps les quatre rayons de la prostate; Chaussier disait que rien ne prouvait mieux la pauvreté de notre art que la richesse de ses arsenaux. » Ceci n'a pas empêché un chirurgien très ingénieux de doter ma méthode d'un superbe lithotome à quatre lames, qui, heureusement, ne pourra jamais servir. Je n'ai qu'un mot à dire pour le prouver. La *taille quadrilatérale* ne doit être faite que dans les cas où le calcul est très volumineux ; ce calcul remplit une très grande partie de la vessie ; concevez-vous alors un instrument qui, introduit dans cette vessie, s'ouvrirait en quatre lames dont le déploiement exigerait quatre fois plus d'espace qu'il n'en reste. D'ailleurs, en tirant en dehors les deux lames supérieures avec les inférieures, on ferait une *taille quadrilatérale* extérieurement, ce que je ne veux pas. Comme on le voit, la taille quadrilatérale est faite pour remplacer les tailles vésicales dans les cas de calcul volumineux et pour compléter les autres tailles prostatiques.

« La *taille quadrilatérale* fut bientôt comprise par les bons esprits ; mais comme elle n'avait que l'analogie pour elle, et que je ne pouvais invoquer des faits en sa faveur, puisque je ne l'avais pas pratiquée sur le vivant, son introduction dans la pratique s'est faite lentement.

« D'abord M. Velpeau, qu'on trouve toujours dans le mouvement chirurgical, puis M. Guersent fils, en firent les premiers essais à Paris ; dans les

départemens, MM. Goyrand, d'Aix, Rolland, de Toulouse, et J. Roux-Martin, proclamèrent les avantages de cette opération et l'appliquèrent avec un rare talent. M. Rolland écrivit même dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie de Toulouse* (août 1837), un mémoire remarquable *sur les avantages de la multiplicité des incisions de la prostate dans l'opération de la taille.* Ce travail, fait par un chirurgien qui ne me connaissait que par mon nom qu'il avait pu lire sur la thèse d'un élève, ce travail, basé sur des faits des plus authentiques, et sur des vues éminemment philosophiques, est la plus éclatante confirmation de l'excellence du principe des débridemens multiples. M. Rolland l'a invoqué pour compléter des tailles prostatiques qui avaient été insuffisantes pour extraire des calculs volumineux. C'était parfaitement comprendre mon intention, qui est toujours de chercher à compléter, et non de rejeter les procédés qui ont été sanctionnés par l'expérience. Je pense en effet que l'esprit d'exclusion est contraire à l'esprit pratique. Je ne puis transcrire ici le mémoire de M. Rolland, mais je dois citer deux faits qu'il renferme, parce que ce sont deux beaux succès.

« 1° *Un imprimeur de* 69 *ans, deux calculs pesant ensemble* 4 *onces* 5 *gros; le plus volumineux a* 66 *lignes de périmètre.* « Convaincu d'avance que la pierre était fort volumineuse, dit M. Rolland, j'incisai la prostate sur les deux côtés (selon la méthode Senn); les tenettes introduites dans la vessie, la pierre fut chargée avec quelque difficulté. Eprouvant trop de résistance de la part des parties molles, malgré les deux incisions que j'avais faites, j'en pratiquai une troisième, en haut et à droite; les tentatives d'extraction renouvelées, je sentis que la pierre s'engageait, et après des efforts violens, mais ménagés, afin de dilater les parties et éviter leur déchirement, j'amenai une pierre qui, mesurée plus tard, donna 66 lignes de périmètre. » La seconde pierre fut extraite sans efforts. En 31 jours, la guérison a été complète. On notera bien que le malade avait 69 ans; M. Rolland n'avait fait que trois débridemens, et a éprouvé des résistances qui ont nécessité des efforts d'extraction; on va voir qu'en complétant la taille multiple, en la rendant quadrilatérale, M. Rolland fera plus facilement l'extraction d'un calcul beaucoup plus volumineux.

« 2° *Un homme de* 84 *ans, calcul ovoïde pesant* 6 *onces*, 28 *lignes de périmètre dans sa plus petite circonférence.* Cette opération fut pratiquée le 5 juillet 1834, à Montauban, en présence de MM. les docteurs Renaud et Delcassé. « Parvenu dans la vessie par le procédé opératoire tel que je l'ai indiqué (celui de Senn), je chargeai une pierre plus volumineuse que je ne

l'avais jugée. Après avoir long-temps essayé, mais en vain, de l'extraire, je me décidai à inciser la prostate en haut, sur les deux côtés, dans une direction oblique, et rendis ainsi la taille quadrilatérale. Cette fois, les tentatives d'extraction furent plus heureuses, et le calcul fut plus facilement extrait ; le malade se rétablit avec assez de rapidité (*loc. cit.*). Je rappellerai ici l'âge de ce malade et le grand volume de la pierre. Ces faits n'ont pas besoin de commentaire.

« Voici dans quelle circonstance, M. J. Roux-Martin, qui appartient à l'élite des chirurgiens de nos ports de guerre, a fait une application de nos principes. Le sujet avait une vessie en mauvais état ; une seule incision avait été faite à la prostate. Le calcul fut saisi avec la plus grande peine par un diamètre de deux pouces. M. Roux-Martin ne voulut pas le lâcher, et comme son extraction offrait de grandes difficultés, il se servit des pinces pour conduire dans le fond de la plaie un bistouri, qui fit deux incisions de plus, l'une selon le rayon oblique supérieur droit, l'autre selon le rayon supérieur gauche. M. Velpeau avait déjà suivi cette conduite. »

Désarticulation scapulo-humérale, ablation de l'omoplate, résection de la clavicule et ablation d'un testicule, pratiquées sur le même individu; par GAETANI-BEY. (1)

Je me propose, dans cet article, de porter à la connaissance du public, un fait chirurgical de la plus haute importance, tel qu'il se présenta à moi, au Caire, le 31 décembre 1838, pendant que je me trouvais chargé de la direction du service médico-chirurgical de l'hôpital de l'Ésbékïé, fait qui, par la nature des désordres, semblait entièrement au-dessus des ressources de l'art. Mais lorsque, revenu de la surprise, j'eus songé aux grandes et belles opérations par lesquelles la chirurgie moderne s'est signalée, et que je me fus retracé la dou-

(1) Nous avons traduit cet article, inséré dans les *Annali universali* du docteur Carlo-Ampelio Calderini, pour lui conserver son caractère original, bien que l'observation se trouve dans le recueil des *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, année 1841, pag. 96. N. D. R.

loureuse et inévitable fin réservée à mon blessé si je l'abandonnais à lui-même, j'eus une lueur d'espoir, et écartant toute autre réflexion, je me décidai à la hardie opération qui fait le sujet de cet article. L'heureuse issue de ma tentative sera un argument péremptoire et un exemple nouveau pour les chirurgiens aux yeux desquels l'intérêt du malade doit l'emporter toujours sur de vaines considérations personnelles à l'homme de l'art. Elles les consolera des revers qui trop souvent terminent des cas aussi désespérés. La nature, si j'ose dire, veut quelquefois être forcée, pour laisser échapper de ses mains les merveilles qu'elle y tient cachées. Lorsque le résultat de tels efforts est le salut possible d'un individu, rien, à mon sens, ne doit empêcher de tenter l'expérience. Ces principes, je le vois avec plaisir, tendent à prévaloir dans les écoles modernes, et nous leur sommes redevables de résultats tels que, si d'une part ils surprennent l'imagination, de l'autre ils élèvent la pensée à l'espérance de résultats encore plus avantageux. Grâces immortelles soient rendues à ceux qui, les premiers, enseignèrent à faire sortir la science du cercle étroit où l'usage routinier la tenait renfermée. Ils ont démontré que là où la main du chirurgien peut avoir un libre accès, des affections graves peuvent légitimement être attaquées et guéries, ou modifiées. Ainsi, à l'épouvante qui naissait de certains cas réputés incurables, a succédé l'espérance, aussi consolante pour le malade que séduisante pour l'homme de l'art. Ces choses étant ainsi, et beaucoup de faits déjà les ayant démontrées telles, je vais essayer de les confirmer par l'histoire que voici :

Dans la soirée de décembre 1838 fut transporté à l'hôpital de l'Esbékié, un nommé Bedui Hassanen, natif du Caire, âgé de quatorze ans. Ce jeune homme, employé dans une fonde-

rie de canons, en qualité de limeur, s'occupait comme à son ordinaire, lorsqu'une vieille pièce d'artillerie fut mise au four pour être refondue. Cette pièce était chargée à poudre, on ne sait depuis combien d'années; au-dessus de la charge à poudre se trouvait un amas de boue, de briques, de pierres et d'autres matières semblables. Le bronze, bientôt échauffé, mit feu à la poudre, et la décharge eut lieu.

Ce jeune homme était à peu de distance, sur la ligne de la pièce, le dos tourné vers la gueule, les jambes écartées, et baissé vers le sol pour prendre un pot d'eau à boire. Les projectiles, vomis par suite de l'explosion, l'atteignirent au flanc gauche; mais le gros de la décharge se dirigea sur le bras et sur l'épaule du même côté, fracturant et lacérant cette partie de la manière la plus épouvantable, tandis que d'autres pièces de projectiles passèrent entre les cuisses du sujet, et atteignirent le côté gauche du scrotum; le cordon testiculaire fut divisé, et une partie de ce côté des bourses détruite. Ma première idée fut de rechercher le bout supérieur du cordon pour faire la ligature de l'artère spermatique; après quoi j'enlevai le testicule; je procédai à l'extraction d'une grande quantité de petits morceaux de brique, qui se trouvaient cachés dans la blessure, et après avoir réséqué les chairs contuses et lacérées des lambeaux, je réunis les bords de la plaie à l'aide de points de suture; je maintins, en outre, les parties au moyen de bandelettes et d'un suspensoir.

Cela fait, je découvris l'épaule, et je vis ce que j'aurais eu de la peine à me représenter par l'imagination. Le bras était fracturé comminutivement vers le col huméral, et les parties molles, comme je l'ai dit plus haut, étaient meurtries et déchirées de la manière la plus affreuse. La presque certitude de ne pouvoir me servir de ces parties pour recouvrir

la plaie résultant de la désarticulation, me tint pendant quelques instans en suspens et hésitant sur le parti à prendre. Mais, réfléchissant à la malheureuse condition du blessé, je me décidai à enlever le bras, ce que je fis facilement, pour épargner les parties molles meurtries et lacérées, réservant seulement pour recouvrir la cavité glénoïde un lambeau que, par bonheur, je trouvai intact à la partie interne du membre. Mais à peine eus-je mis cette idée à exécution, que, plaçant la main sur l'omoplate, je sentis cet os rompu en plusieurs fragmens isolés l'un de l'autre. Cette circonstance malheureuse et imprévue, jointe à la petite quantité de tégumens restans, lesquels étaient loin de se trouver en proportion de l'étendue de la plaie, me démontra ce que je n'aurais pas cru, l'insuffisance de ce que j'avais fait pour le salut de mon malade, si je m'en tenais là.

A ces considérations s'en joignaient d'autres non moins graves pour me décider à aller plus avant avec l'instrument tranchant. Elles se déduisaient de l'état de l'omoplate fracturée en petites pièces et des conséquences fâcheuses qui devaient en résulter pour le malade, ainsi que du déchirement des muscles sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire. Ces considérations, dis-je, me décidèrent à m'éloigner des préceptes ordinaires pour suivre une route hasardeuse, si l'on veut, mais qui laissait du moins quelque espoir pour la vie du pauvre blessé. Je m'arrêtai donc au seul parti qui me restait à prendre, l'extirpation de l'omoplate et des muscles qui lui adhèrent. Il me semblait, et le fait le prouva, qu'une fois l'omoplate et les parties molles sus et sous-jacentes enlevées, la plaie serait simplifiée, et resterait soumise à la bienfaisante influence de l'inflammation adhésive. Fort de ces considérations, je mis immédiatement la main à l'œu-

vre, et je pratiquai avec promptitude et facilité l'extirpation indiquée, séparant d'abord la clavicule de l'acromion, et disséquant ensuite avec grand soin la peau qui recouvrait en partie l'angle inférieur de l'omoplate. L'os enlevé et les artères liées, il me restait à pratiquer la résection de l'extrémité acromiale de la clavicule, devenue nécessaire pour obvier à l'incommode et désavantageuse saillie de cet os au-dessus de l'épaule. Une compresse pliée en quatre fut placée entre la clavicule et les vaisseaux et nerfs sous-jacens, et l'os fut scié sans danger pour les parties extrêmement importantes situées au-dessous de lui. Les lambeaux qui devraient recouvrir cette large plaie étaient déchirés et présentaient l'aspect d'une frange irrégulière. Alors, avec les ciseaux, je les arrangeai de manière à ce que leurs dentelures ou digitations se correspondissent, excisant tout ce qu'il y avait de bords contus et lacérés; après quoi je mis ces bords en contact et les réunis le mieux qu'il me fut possible, à l'aide de plusieurs points de suture, soutenus par des bandelettes; des gâteaux de charpie, des compresses, et un bandage convenable terminèrent l'appareil de pansement.

Pendant l'opération, le blessé eût une lypothimie, et rendit tout ce qu'il avait dans l'estomac. Reporté dans son lit, il resta calme et tranquille. Je lui fis administrer une potion composée de deux onces d'eau de cédrat et de quinze gouttes de laudanum, qu'il refusa de boire en entier. La nuit qui suivit le jour de l'opération, l'opéré eut beaucoup de soif; la langue, toutefois, était humide, et le pouls tranquille. Suppression complète des urines.

Décoction d'orge pour boisson.

Sommeil d'une heure.

La matinée suivante (1er janvier 1839) le malade était abattu et somnolent; et accusait de la douleur à l'épaule et au scrotum, seulement quand il toussait, ce qui n'arrivait pas souvent. Vers 11 heures du matin le pouls devint plus fréquent et vibrant ; la chaleur augmenta ; la langue devint rouge et sèche ; les yeux supportaient avec peine la lumière ; les facultés intellectuelles se troublaient de temps à autre ; la respiration était pénible, la suppression d'urine continuait et le sujet tombait dans un état comateux duquel il était fort difficile de le tirer.

Diète rigoureuse. Même boisson. Cataplasme émollient à l'épigastre.

Dans la nuit le malade rendit environ six onces d'urine épaisse ; la fièvre devint plus intense, et le sommeil fut interrompu.

Dans la matinée du 2, fièvre moindre ; langue moins sèche ; facultés intellectuelles plus libres ; le malade demande à manger, mais on n'accède pas à sa demande. Dans la journée il urina trois fois, et dormit environ trois heures. La nuit de ce même jour, le malade, nonobstant une augmentation de la fièvre, reposa plus long-temps de suite, et urina plus facilement et plus abondamment que les jours précédens.

Le 3, la fièvre était très diminuée, le pouls mou, et la langue humide. M. le docteur Fischer, médecin bavarois, mon ami et mon collègue très recommandable, auquel j'avais temporairement confié la division chirurgicale de l'hôpital, vu le bon état de mon jeune malade, lui avait prescrit deux potages, sans me consulter.

Le malade mangea celui du matin, mais je défendis qu'on lui donnât celui du soir. Malgré cet écart, le malade ne

ressentit aucun mal et passa la soirée presque aussi bien que la journée, et il eut, la nuit, un sommeil de sept à huit heures.

Le 4, je fis le premier pansement. Les lambeaux de peau appliqués sur les côtes dans les régions axillaire, claviculaire et scapulaire étaient déjà réunis dans leur plus grande étendue aux parties sous-jacentes; ils ne recouvraient pas néanmoins la plaie en entier. Il y avait deux points dépourvus de peau à la partie supérieure et postérieure de l'épaule; l'un de ces points avait un pouce environ, l'autre un demi-pouce; le reste était parfaitement recouvert. La plaie du scrotum, dont les bords avaient été réunis au moyen de quatre points de suture, était en suppuration, et rien ne s'en était réuni par première intention. Quelques-uns des points de suture s'étaient déchirés par suite des mouvemens d'abduction que le malade avait exécutés avec ses cuisses. La fièvre était modérée, la langue humide, : l'appétit se faisait sentir, mais la diète fut continuée. Le malade n'avait pas eu de selles depuis le jour de l'opération, malgré deux lavemens qu'il a rendus sans matières.

La nuit, après avoir crié la faim, il s'endormit et reposa paisiblement.

Je fis le second pansement dans la matinée du 5. Le scrotum avait encore mauvais aspect; tous les points de suture de sa partie supérieure, vers l'aine, étaient déchirés; la suppuration était abondante et de couleur noirâtre comme la plaie. Les points de suture, devenus inutiles, furent enlevés. L'épaule avait un aspect favorable. Les lambeaux qui recouvraient la plaie de cette partie, adhéraient dans la partie correspondante à la clavicule; ceux de la région sca-

pulaire étaient un peu décollés ; le pus y était retenu dans une sorte de sinus. Une compresse graduée, appliquée le long du bord de ce lambeau, fut laissée en permanence, dans le but de forcer à un contact immédiat les parois opposées du sinus.

La journée fut assez bonne ; la fièvre peu intense ; une petite toux occasionait de temps à autre quelque douleur à la plaie de l'épaule. La constipation persistait. Néanmoins la nuit fut calme.

Diète. Décoction d'orge gommeuse. Deux lavemens. Cataplasme émollient sur l'abdomen.

Le 6, la suppuration du scrotum avait diminué ; la plaie, en plusieurs points, se montrait à nu par le détachement de l'eschare, et on apercevait des bourgeons cellulo-vasculaires rosés et de bon aspect. A l'épaule, l'adhésion des bords de la plaie faisait des progrès. La compresse graduée avait produit un excellent effet, et fut maintenue en place. La fièvre et la constipation restaient les mêmes. Le malade demandait impatiemment à manger.

Demi-livre de lait matin et soir.

Sommeil tranquille la nuit. Le 7, l'état du sujet est le même que le jour précédent, moins la plaie du scrotum, qui continuait à se dépouiller de l'eschare. Le 8, cette plaie était d'un beau rouge et entièrement dépouillée de l'eschare noirâtre, due à la forte contusion des parties. En achevant d'enlever du fond de la plaie une portion de cette eschare, je pus extraire avec les pinces de petits corps très durs, consistant en des fragmens de briques semblables à ceux dont j'avais débarrassé la blessure dans la nuit de l'opération. Cela fait, je pansai la plaie. L'épaule offrait un aspect tout-à-fait encourageant ; les bords de la plaie étaient également rem-

plis de bourgeons charnus; la suppuration était beaucoup moindre, et l'adhésion des lambeaux aux parties sous-jacentes complète. Tous les points de suture furent coupés avec les ciseaux et enlevés avec les pinces. Le fil de l'une des artères lésées tomba, les autres tenaient encore et étaient fixées au moyen d'un petit morceau d'emplâtre de diachilon. Dans ce même jour, le malade rendit deux morceaux de matières fécales très dures. Je lui accordai un quart de ration le matin, et une demi-livre de lait pour le soir. Il passa tranquillement la nuit.

Le 9, tout marchait parfaitement tant du côté de l'épaule que du côté du scrotum. Il y avait à peine un mouvement fébrile. Le malade, dans le jour, eut deux évacuations alvines solides.

Quart de ration matin et soir.

Le 10, la plaie du scrotum se montrait de moins en moins profonde et de plus en plus belle. Celle de l'épaule offrait l'aspect d'une ligne tortueuse, irrégulière, comparable à celle qui marque le cours des fleuves sur les cartes géographiques. Le pus était en très petite quantité; malgré cela, on ne décessa point l'emploi de la compresse graduée.

Même traitement.

Le 11, continuation du mieux. Il tomba une seconde ligature d'artère; deux autres restaient.

Le 12, je touchai les bords de la plaie avec le nitrate d'argent; le pus, très peu abondant, était de bonne qualité; le malade avait un très bon appétit; le fond de la plaie du scrotum s'élevait chaque jour davantage vers les bords; les corps caverneux qui, auparavant, se montraient à nu à sa partie interne, commençaient à se recouvrir de bourgeons charnus; l'état général du sujet était très satisfaisant. Deux

grandes évacuations de matières fécales endurcies eurent lieu dans la journée ; la nuit fut excellente.

Même traitement.

Le 13, l'état général est toujours le même ; cicatrisation progressive des deux plaies. Les deux ligatures qui restaient sur l'épaule étaient tombées, et je vis, à ma plus grande satisfaction, s'évanouir ma dernière crainte, celle d'une hémorrhagie au moment de la chute des liens hémostatiques. Cette crainte m'était venue quelques jours auparavant, en voyant le bout de l'artère axillaire liée battre avec force, au point que ses pulsations étaient visibles au travers des parties molles qui recouvraient l'extrémité du vaisseau.

Le 14, même état et même traitement.

Le 15, la cicatrisation progressait. Le malade marchait à grands pas vers la santé.

Le 16, tout allait de mieux en mieux.

Demi-portion le matin; quart le soir.

De ce jour jusqu'au 21, je n'eus à noter rien de particulier.

Demie, matin et soir.

Le 22, la plaie qui, jusqu'à ce jour, avait fait des progrès constans et rapides vers la cicatrisation, et qui en beaucoup de points était déjà réunie, se trouva dilatée. Les lambeaux étaient décollés et la suppuration était fort augmentée. Le scrotum était dans le même état que les jours précédens. Deux compresses furent immédiatement appliquées dans le but de mettre de nouveau les bords décollés en contact. Je réduisis l'alimentation à un seul riz matin et soir. Ensuite, craignant que l'influence de l'atmosphère de la salle remplie de malades ne pût avoir contribué à un aussi prompt changement, je me hâtai de soustraire mon malade à une telle influence, et je le fis conduire dans une cham-

bre bien aérée, libre pour le moment, à l'étage supérieur de l'hôpital.

Le jour suivant, la suppuration semblait diminuer. Je touchai avec le nitrate d'argent les bords de la plaie, et je continuai à appliquer les compresses, comme les jours précédens.

Décoction de quinquina. Riz pour aliment. Décoction d'orge pour boisson.

Le 26, la suppuration était abondante, et la plaie menacée de gangrène. Le pouls était fébrile.

Simple pansement avec la charpie matin et soir. Décoction de quinquina. Diète.

Tel fut le traitement employé pendant quatre jours.

Le 30, suppuration diminuée; plaie de couleur vermeille; pouls calme. Je tâchai, au moyen d'emplâtres, de rapprocher doucement les bords de la plaie.

Une crême de riz.

Le 1er février, la plaie se maintenait vermeille, et le pouls calme.

Riz le matin et un quart de portion de riz le soir. Décoction de quinquina.

Le 2, suppuration diminuée; plaie toujours vermeille. J'en touchai les bords avec la pierre, et j'accordai au malade la demi-ration le matin et le quart le soir.

Le 5, je touchai la plaie de nouveau avec le caustique. Même traitement d'ailleurs.

Le 6, la suppuration était augmentée. Plusieurs bandelettes de diachilon furent appliquées avec de la charpie sèche. Le même traitement fut continué jusqu'au 11.

Le 12, la plaie fut pansée avec des plumasseaux trempés dans de l'eau végéto-minérale.

Le 19, la plaie du scrotum était tout-à-fait cicatrisée.

Le 24, la suppuration étant entièrement tarie, je couvris la plaie d'un morceau de sparadrap de diachilon, afin de la garantir de l'action des corps extérieurs. Finalement, tout étant terminé heureusement, le jeune homme, au bout de quelques jours encore, sortit de l'hôpital.

Réflexions. L'observation qui fait le sujet de la présente observation, bien qu'elle ne soit pas entièrement nouvelle dans les annales de la chirurgie, offre cependant le plus grand intérêt, autant par elle-même que par les conditions qui rendirent l'opération si compliquée et si laborieuse. En effet, outre l'amputation du bras et de l'omoplate, je dus réséquer la moitié acromiale de la clavicule et emporter tout ce qu'il y avait d'attritioné et de dilacéré dans les parties molles environnantes, afin de réduire la blessure, autant que possible, à l'état de simplicité : toutes circonstances qui particularisent le cas dont il s'agit, et le rendent différent de ceux qui sont cités par Cheselden, Michaël, Dorsey et Mussey.

Le professeur Larrey fut obligé, dans un cas, de réséquer les deux tiers inférieurs de l'omoplate, et Cunnings fit l'ablation complète de cet os chez un individu dont le bras avait été emporté par un boulet de canon lancé d'un fort de la Guadeloupe.

Après ces exemples couronnés de succès, d'autres chirurgiens, plus récemment, ont pratiqué l'extirpation de l'épaule dans le but de conserver le bras, tantôt pour remédier aux effets d'une nécrose, d'une carie, d'une fracture comminutive avec désorganisation plus ou moins étendue des parties molles, tantôt pour obvier aux conséquences d'une tumeur fongueuse, etc., désordres qui, s'ils sont

limités à la tête du scapulum et aux parties molles qui recouvrent ces os ne réclament que la simple amputation de l'épaule avec conservation du membre. C'est dans de semblables vues que nous croyons que Janson et d'autres ont réussi pleinement dans des opérations de ce genre. On voit, au contraire, dans mon observation, une amputation du bras devenir insuffisante et nécessiter l'opération décrite. Dans une telle complication de désordres, je me conformai aux règles générales, et pratiquai l'opération à ma manière, comme les circonstances me le permirent. Le succès surpassa véritablement mon attente, et chaque fois qu'il m'arrive de voir mon opéré, j'éprouve un sentiment qui me porte à le montrer aux gens de l'art comme un triomphe de la chirurgie moderne.

REVUE CHIRURGICALE.

Fistule vésico-vaginale. Cystoplastie; par le professeur Blandin.

La perforation était large à-peu-près comme une pièce de deux francs. Il existait (circonstance plusieurs fois observée) un bouchon muqueux obstruant en partie l'ouverture et formé par la paroi vésicale supérieure que la pression des viscères repoussait en bas. Voici le procédé employé par M. Blandin, tel qu'il est décrit dans la *Gazette des Hôpitaux* (n° du 18 déc. 1841) :

L'avivement des bords de la perforation étant achevé, on s'occupa de la dissection du lambeau. Un patron en diachylon, long de 22 à 15 centimètres et large de 4, et préalablement taillé en forme de large spatule tron-

tique, fut appliqué par sa base sur la face interne de la grande lèvre gauche, et de là reployé pour être conduit en dehors et un peu en bas vers la tubérosité ischiatique. Sa circonférence fut alors cernée par un trait de bistouri, et M. Blandin procéda avec rapidité à l'isolement de ce lambeau, qui fut ainsi constitué par la peau doublée par le tissu cellulaire sous-jacent; au fond de la plaie restait l'épanouissement de l'aponévrose fascia lata. Avant d'aller plus loin, on plaça un assez bon nombre de ligatures sur les artérioles qui fournissaient du sang au fond de la plaie.

Restait à porter le lambeau sur les perforations et à l'y fixer. Le chirurgien introduisit alors par l'urèthre une sonde de Belloc à laquelle on fixa un fil ciré assez fort; le fil fut ramené par l'urèthre, et l'on glissa sur lui une canule en argent destinée à le contenir et à favoriser l'écoulement des urines pendant la durée du traitement. L'extrémité vésicale du fil ciré fut armée d'une aiguille au moyen de laquelle on conduisit celui-ci à travers le lambeau, qui fut traversé de sa face saignante à sa face libre. Il va sans dire que ce lambeau avait été auparavant renversé sur son pédicule.

Ceci étant fait, on devait fixer l'extrémité du fil conducteur. M. Jobert avait pourvu à ce temps de l'opération, en employant un fil qui traversait deux fois le lambeau et faisait une anse à sa face inférieure; M. Blandin avait d'abord songé à fixer son extrémité sur un petit appareil formé par deux rouleaux de diachylon noués en croix; de la sorte il obtenait un point d'appui solide pour la face inférieure du lambeau; depuis, il pensa qu'un tampon qui presserait également sur tous les points du pourtour serait préférable. En conséquence, après avoir traversé le lambeau avec le fil, il attacha solidement à l'extrémité de celui-ci un petit tampon de linge dépassant un peu en volume le diamètre de la perforation. Les parties furent alors affrontées, c'est-à-dire que le lambeau cutané fut appliqué par sa surface saignante sur le pourtour de la fistule, au moyen de tractions opérées sur le fil supportant le tampon. Disons néanmoins que tandis qu'on attirait cet appareil vers la vessie en opérant des tractions sur l'extrémité uréthrale du fil, l'opérateur poussait légèrement le bouchon de nouvelle formation par le vagin. Les surfaces saignantes une fois adossées et le fil uréthral arrivé à un degré de tension convenable, on le maintint dans cet état en le fixant sur les oreilles du pavillon de la canule à demeure. Un appareil légèrement contentif, placé dans le vagin, fut destiné à soutenir le tout.

Rapportée à son lit, la malade fut placée sur un plan incliné, de manière à ce que le tronc fût légèrement élevé et le bassin abaissé; le but de cette

pratique est de faire que le col de la vessie soit toujours la partie la plus déclive, et que l'urine s'échappe sans cesse par la canule ; il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur l'importance de ce résultat. En même temps, les cuisses resteront soutenues par des rouleaux placés sous les jarrets.

M. Blandin ayant, dans la leçon qui précéda l'opération, dit quelques mots de la méthode de M. Vidal, notre collaborateur jugea nécessaire d'adresser la lettre suivante à la *Gazette des Hôpitaux*, qui l'inséra dans son numéro du 21 décembre 1841 :

« Monsieur le rédacteur,

« Dans une leçon de clinique reproduite dans votre journal, M. Blandin passe en revue les moyens proposés pour guérir les fistules vésico-vaginales ; arrivé à ma méthode, le professeur s'exprime ainsi : D'autres moyens nous restent ; l'oblitération du vagin, proposé par M. Vidal (de Cassis), mais nous n'oserions mettre cette méthode à exécution, car nous ne sachions pas qu'elle ait jamais réussi, et d'ailleurs nous ne pensons pas que l'on puisse, sans inconvénient grave, former un réservoir à l'urine aux dépens de la partie supérieure du vagin et de la portion de l'utérus qui vient s'y aboucher ; aussi ne nous sommes-nous pas arrêté à cette idée. » (*Gazette des Hôpitaux*, 18 décembre).

« M. Blandin est actuellement professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris ; il est de plus chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Cette haute position et le talent de celui qui l'occupe rendent ses arrêts terribles pour les méthodes qu'il condamne. Heureusement M. Blandin ne craint pas la discussion ; il doit penser même qu'on peut en appeler de ses décisions chirurgicales. Ce sont ces considérations qui m'engagent à entamer ici une défense que j'avais négligée par des considérations contraires.

« Je ne discuterai pas le premier argument de M. Blandin, parce que, en effet, dire qu'on n'emploiera pas une méthode parce qu'on ne sait pas qu'elle *ait jamais réussi*, c'est se placer à un point de vue qui n'est pas celui d'un professeur de médecine opératoire. La meilleure opération, la méthode la mieux conçue, peut échouer à sa première application. Il faut alors s'enquérir des causes de l'insuccès, voir si cet insuccès se répète, s'il est complet,

On soumet ensuite le plan opératoire au raisonnement, qui s'éclaire de l'anatomie, de la physiologie et des faits chirurgicaux déjà acquis à la science. Si, après ce travail de l'esprit, vous avez une forte analogie en faveur de la méthode proposée, vous l'appliquez, sinon vous la rejetez. La raison l'indique, l'humanité le commande.

« Le second argument de M. Blandin prouve qu'il n'a pas considéré le premier comme victorieux. Les considérations que je vais présenter détruiront, je l'espère, les craintes de M. Blandin, qui, s'il veut bien me lire jusqu'au bout, pourra peut-être modifier son opinion sur ma méthode. Ce professeur se fera aussi des idées un peu plus justes sur l'origine de l'autoplastie appliquée à la cure de la fistule vésico-vaginale. Je préviens M. Blandin que tout ce que je vais écrire ne lui était pas destiné, car d'autres aussi ont attaqué ma méthode, mais je préfère viser haut quand je me défends.

« Les insuccès des opérations proposées contre les fistules vésico-vaginales avec *perte de substance du bas-fond de la vessie* sont constans. — Les chirurgiens accusent l'action délétère de l'urine qui compromet les résultats des opérations les plus méthodiques; cette humeur, baignant continuellement la plaie, empêcherait l'établissement ou la consolidation du travail adhésif. Voyez les efforts des chirurgiens pour empêcher l'urine de s'éloigner de la plaie, ou pour rendre ce liquide moins délétère; entendez leurs regrets de ne pouvoir placer la plaie qu'ils viennent de produire dans les conditions d'une plaie tout-à-fait extérieure! Il y a une réflexion bien simple, laquelle empêcherait d'accuser l'influence délétère de l'urine; la voici : réfléchissez à ce qui se passe à la suite d'une taille vésicale.

« Cette méthode fait une plaie au corps de la vessie; cette plaie est continuellement baignée par l'urine; d'où vient donc qu'elle se réunit sous cette influence maligne? C'est parce que la vessie qui *vient d'être ouverte* est dans des conditions différentes de celle qui est *ouverte depuis très long-temps*. En effet, quand nous pratiquons l'opération de la fistule vésico-vaginale, la vessie a cessé depuis long-temps de remplir ses fonctions; cet organe ne retenant plus l'urine, revient sur lui-même, au point de ne plus constituer un réservoir, une cavité; c'est alors une simple surface sur laquelle passe l'urine sans s'arrêter. Plus la fistule est large et ancienne, plus la vessie est effacée. Ce fait d'anatomie pathologique est connu de tous les chirurgiens, sans qu'ils aient su en tirer une conséquence pratique.

« Voici ce qui arrive, après une suture faite à la solution de continuité d'une vessie qui se trouve dans ces conditions : dès que l'urine tend à s'ac-

cumuler, elle presse sur toutes les parois de la vessie ; partout elle trouve une résistance proportionnée à l'ancienneté de la maladie ; mais là où était la solution de continuité, là la résistance est moindre, car elle est formée par un tissu qui se déchire facilement, comme celui de toutes les cicatrices récentes; dont la fistule se reproduit. Ceci arrive pour la suture comme pour la vésicoplastie. Supposez maintenant que la cicatrice soit assez forte pour résister; alors vous allez voir se produire un phénomène qui vous étonnera : comme la vessie ne peut se dilater, elle ne peut contenir qu'une très petite quantité d'urine, et à chaque instant la malade est obligée d'uriner, ou bien il y a incontinence par regorgement, de sorte que la malade, au lieu de perdre ses urines par le vagin, les perd par l'urèthre. Ceci n'est pas une hypothèse, c'est un fait observé par nous : voici dans quelles circonstances.

« Une femme encore jeune avait une fistule vésico-vaginale, déjà opérée sans succès par plusieurs méthodes et dans divers hôpitaux. L'urine qui baignait continuellement les grandes et les petites lèvres, provoqua sur ces parties une éruption considérée comme vénérienne, ce qui fit recevoir cette femme en 1832 à l'hôpital du Midi. Je dirigeais alors le service des femmes vénériennes, actuellement à Saint-Lazare. Ayant reconnu la fistule, sa position, son étendue (l'index pouvait la traverser), je voulus la guérir par la suture, et j'avais pris la résolution d'employer un procédé analogue à celui de Malagodi. J'avais réuni quelques confrères, parmi lesquels se trouvait M. Cullerier. Tout était préparé pour l'opération; cependant il nous fallait encore une chose indispensable pour une opération si difficile. Il nous fallait une grande immobilité de la part de la malade, ce qui nous avait été promis; mais la malade ne tint pas parole : elle se livra à tant de mouvemens qu'il me fut impossible de saisir les bords de la solution de continuité pour les rafraîchir. Voulant cependant ne pas laisser aller la malade sans entreprendre une opération (ces mots m'obligent de répéter que c'est en 1832 que l'opération a été faite; il y a donc neuf ans), je plaçai au bout d'une pince à pansement un crayon de nitrate d'argent qui, avec l'instrument, formait une croix. J'introduisis cet appareil dans le vagin pour cautériser fortement les lèvres de la solution de continuité; mais, en même temps que la paroi antérieure du vagin était en rapport avec un bout du crayon, la paroi opposée était cautérisée par l'autre bout. Une grande partie de crayon fut fondue, de sorte que le vagin fut fortement brûlé.

« Le lendemain survint un gonflement énorme de ce canal; la paroi pos-

térieure fut fortement appliquée contre l'antérieure, et l'ouverture que celle-ci présentait fut ainsi oblitérée. A mon grand étonnement, l'urine coula par l'urèthre; mais les envies d'uriner étaient très fréquentes, absolument comme chez les personnes qui ont un gros calcul dans la vessie. Cet état dura près de quinze jours. Je voulus alors savoir ce qui s'était passé du côté du vagin : je plaçai donc la femme comme si j'allais l'opérer, et fis pénétrer un peu l'index dans le vagin. A l'instant je vis sortir une petite quantité de sang, puis de l'urine. Il était certain que j'avais détruit des adhérences qui existaient entre la paroi postérieure et la paroi antérieure du vagin, adhérences qui maintenaient des rapports pouvant empêcher l'urine de couler. J'avais donc reproduit la fistule. Cette femme ne voulut plus se soumettre à une nouvelle opération.

« Je fis part de ce fait à la Société médicale d'émulation, dont j'étais alors membre assidu, et le *Journal hebdomadaire* répéta une partie de ma communication. Je vis bientôt le parti qu'il y aurait à tirer de ce fait; je communiquai mes réflexions à plusieurs chirurgiens, et peu de temps après parurent les méthodes d'autoplastie que je ne revendique pas, mais dont je désire marquer l'origine.

« MM. Velpeau et Jobert, qui sont les vrais auteurs de l'autoplastie appliquée à l'infirmité dont il est ici question, ne virent dans le résultat de mon opération que le fait d'une pièce du vagin appliquée contre une partie du vagin qui était perforée. Quant à moi, ce fait me frappa aussi; mais ce qui me préoccupa le plus, ce fut la circonstance de l'évacuation si fréquente des urines par l'urèthre et l'impossibilité dans laquelle la vessie était de retenir cette humeur. Je considérai qu'elle manquait de capacité, et je résolus de l'agrandir aux dépens du vagin, et je cherchai à faire de la paroi postérieure du vagin le bas-fond de la vessie. Pour cela, il fallait oblitérer le vagin. C'est ce que je fis par un procédé qu'on trouvera décrit dans mon traité de *Pathologie externe*, t. v, p. 584.

« Le lendemain de l'opération, la malade urina par l'urèthre. Trois jours après, elle put faire *jaillir l'urine* par ce même canal, et pendant près d'un mois, il ne s'écoula pas une goutte d'urine par le vagin. Les règles survinrent et furent chassées au dehors, toujours par l'urèthre. Mais, un jour que les urines avaient de la difficulté à sortir, un élève, voulant introduire une algalie dans l'urèthre, la porta sur la cicatrice qui fut ainsi déchirée (1); à

(1) Cet élève est aujourd'hui praticien établi à Paris.

l'instant, du sang sortit et les urines s'échappèrent par le vagin. La cicatrice n'était pas assez forte pour soutenir l'action mal dirigée de la sonde, mais elle l'était déjà assez pour contenir les lèvres de la plaie.

« Si d'autres que M. Blandin avaient examiné tous les élémens de la grave question soulevée par ce fait, ils auraient évité de réfuter des argumens que j'avais réfutés, et ils se seraient dispensés volontiers d'en présenter qui se trouvaient détruits par le fait qui s'est passé à l'hôpital du Midi, en présence de plusieurs élèves, en présence de M. A. Bérard, fait que M. Guerbois a pu constater quand il fit sa thèse de concours sur les fistules vésico-vaginales. Mon opération n'a pas complètement réussi, je le sais, je l'ai dit, je l'ai imprimé. Je possède cependant l'observation rédigée par un élève de mon service : la guérison était indiquée, et j'ai retardé l'impression de ce fait, parce que je crois que, pour parler d'une guérison de fistule vésico-vaginale, il faut attendre au moins trois mois après la guérison supposée. Si tous les chirurgiens en faisaient autant, nous aurions moins de fausses monnaies en circulation.

« Mais voici à quoi sert ce demi-succès. Il sert à prouver : 1° que les règles peuvent passer par l'urèthre ; 2° que l'urine peut être chassée par cette nouvelle vessie, et qu'elles peuvent jaillir ; 3° que ces urines n'entrent pas dans la matrice pour passer par les trompes et aller inonder le péritoine (mes expériences sur les injections intra-utérines prouvent d'ailleurs combien il est difficile de faire passer du liquide dans les trompes) ; 4° la cicatrice s'est assez maintenue pour me faire penser que les dépôts calcaires ne se feraient pas facilement dans cette nouvelle vessie.

« Quant au reproche d'imperfection qui est adressé à ce nouvel organe, j'avoue qu'il est mérité ; il est si bien mérité, si bien reconnu, qu'on pouvait s'épargner la peine de le faire. Je n'ai jamais prétendu établir de toutes pièces une vessie aussi parfaite que celle qui existait avant la fistule. Quand on dit que je remplace une infirmité par une autre infirmité, on dit qu'on n'a pas voulu reconnaître l'ensemble du fait : voilà tout.

« La difficulté de fermer l'orifice du vagin est réelle ; l'impossibilité est une assertion. L'argument qui consiste à dire que je prive la femme de son plus bel attribut, que je lui enlève son sexe, qu'elle ne pourra plus être fécondée, cet argument est un de ceux que je ne réfute pas. Aussi n'a-t-il pas été produit par M. Blaudin.

« Je terminerai par un *pronostic* qui se réalisera, j'en suis certain : Il est dit dans le compte-rendu de la clinique de M. Blandin que la malade « porte

à la partie inférieure du bas-fond de la vessie une perforation offrant à-peu-près le diamètre d'une pièce de deux francs » (*Loc. cit.*). Eh bien! s'il y a cette perforation de la vessie, M. Blandin ne guérira sa malade ni par l'autoplastie, ni par aucune méthode *directe*.

« Agréez, etc. VIDAL (de Cassis). »

A cette lettre dont on appréciera la convenance, et dans laquelle M. Blandin est traité avec les égards dus à sa position et à ses talens, ce professeur vient de faire une réponse que nous nous abstiendrons d'analyser. Nous devons dire seulement, pour éclairer nos lecteurs sur l'issue du cas qui a été l'objet de la controverse, que le sommet du lambeau pratiqué par M. Blandin s'est gangréné, nonobstant les précautions qui avaient été prises, et qu'ainsi la tentative d'obturation a échoué.

Moyen de combattre la saillie, la déviation et la perte du mouvement des yeux, consécutives à l'opération du strabisme ; par le docteur JULES GUÉRIN.

Tel est le titre d'un mémoire lu à l'Académie royale des sciences, le 22 novembre 1841, par M. Guérin, et dans lequel se trouve l'observation suivante, qui suffira, quant à présent, pour faire connaître les idées et la pratique de l'auteur.

» Une demoiselle de la province, âgée de 18 ans m'a été présentée il y a deux mois environ; elle avait été opérée dans sa ville natale pour un strabisme convergent double très prononcé. A la suite de cette première opération, les deux yeux, devenus très saillans, s'étaient fortement déviés en dehors, et ils ne pouvaient plus être ramenés en dedans, du côté droit principalement. Le chirurgien qui avait pratiqué les deux premières opérations tenta en vain de remédier à ces accidens en faisant la section et même la résection du droit externe du côté droit. Cette opération, réitérée trois fois au dire de la malade, n'amena aucune amélioration. Au contraire, des adhérences considérables entre le fascia oculaire, le fascia des paupières et la glande lacrymale, complétèrent l'immobilité de l'œil. De ce côté, en effet, le bord externe de la cor-

née touchait habituellement l'angle externe des paupières, et dans les plus grands efforts, la malade ne pouvait faire voyager l'œil en dedans que de quelques millimètres. A gauche, la déviation de l'œil en dehors était presque aussi considérable, mais il pouvait être ramené au centre de l'orbite, sans toutefois dépasser cette position d'un millimètre. La malade était dans cet état depuis cinq mois environ, lorsqu'elle est venue me consulter. Elle avait recueilli les avis de plusieurs autres chirurgiens de Paris: les uns avaient déclaré le mal au-dessus des ressources de l'art; les autres s'étaient bornés à conseiller la section déjà pratiquée des droits externes, regardant toute autre opération comme inutile; ils ne laissaient d'ailleurs pas espérer grand résultat de la dernière ressource à laquelle ils s'arrêtaient.

« Pour moi, qui croyais m'être rendu compte d'une manière plus précise de la nature des accidens, je consentis à tenter les opérations suivantes :

« La malade étant couchée comme pour l'opération du strabisme, je commençai par détruire les adhérences qui existaient à l'angle externe de l'œil droit; je découvris ensuite le siège présumé du muscle; mais, à la place du tiers antérieur de ce dernier, il n'existait que des lames fibreuses intimement unies à la sclérotique. Ayant pénétré plus profondément, je trouvai les débris de la gaîne musculaire et la portion postérieure du muscle, confondus avec les points correspondans de la sclérotique. Je disséquai le tout avec beaucoup de précaution, j'arrivai à détacher ce qu'il restait du muscle, ainsi que la portion de fascia qui occupait la place de son bout antérieur. Ce dernier paraissait avoir été excisé. Ayant détruit ainsi tous les liens qui retenaient l'œil bridé en dehors, j'essayai de le faire ramener en dedans au moyen de la contraction du droit interne; mais il resta à-peu-près aussi dévié et aussi immobile qu'avant le premier temps de l'opération. Des tractions exercées au moyen d'une érigne me permirent de le ramener dans une adduction complète. Je m'assurai ainsi que j'avais détruit toutes les adhérences et tous les obtacles au redressement de l'œil. Je m'occupai immédiatement de maintenir ce redressement, et d'en rétablir les agens physiologiques.

« Je découvris l'emplacement du droit interne; je rencontrai d'abord, comme dans l'angle externe, une portion de cicatrice dure, nacrée, très adhérente à la sclérotique, qui avait été le siége de végétations consécutives à l'ancienne opération, et qui occupait une étendue de 4 à 5 millimètres. Je pénétrai plus profondément derrière cet espace et ne rencontrai que le fascia, dont l'insertion à l'œil paraissait avoir été ainsi reculée de près d'un centimètre. Cependant une dissection minutieuse de ces membranes, dans l'éten-

due de presque la moitié de la circonférence de l'œil, ne me fit découvrir aucune trace d'insertion du muscle à l'œil, et même aucune trace de fibres musculaires. Je présumai que le bout postérieur du droit interne s'était retiré dans sa gaine, et que l'orifice antérieur de cette dernière avait été bouché par la cicatrice. Un examen plus approfondi et une dissection minutieuse des parties me montrèrent en effet qu'il en avait été ainsi. Je désobstruai donc, et j'agrandis, au moyen d'une incision longitudinale, l'orifice antérieur de la gaîne musculaire; j'aperçus l'extrémité libre du muscle, je l'attirai en avant à l'aide d'une pince, et l'appliquai contre le point correspondant de la sclérotique. Je recouvris le tout du lambeau de lamelle fibreuse et de fascia que j'avais détaché, comme je le pratique dans mon procédé de strabotomie par dissection. Une dernière indication à remplir, et la plus importante, c'était de maintenir l'œil en dedans pour favoriser l'insertion du muscle et du fascia sur des points séparés de la sclérotique, et sur des points suffisamment antérieurs pour s'opposer au retour du renversement de l'œil. Je remplis cette indication de la manière suivante. Un fil ciré fut passé, à l'aide d'une aiguille à coudre, dans l'épaisseur du fascia oculaire, tout près du bord externe de la cornée transparente. L'œil étant ainsi accroché, je l'attirai en dedans d'un centimètre environ, et le maintins dans cette position, en attachant les deux bouts du fil au dos du nez, à l'aide d'emplâtre de diachylon gommé. Le reste du pansement se fit comme à la suite de l'opération du strabisme. Aucun accident ne survint. Le lendemain, dans l'après-midi, le fil se détacha de lui-même, et chose presque incroyable, le mouvement de l'œil était rétabli en dedans mais nul encore en dehors. Le globe oculaire était resté tourné un peu en dedans. A mesure que la plaie de l'angle externe se cicatrisa, le mouvement correspondant se rétablit, l'œil se redressa complètement, et en moins de huit jours il avait recouvré sa forme, sa position, et presque toute sa mobilité normales. Je dis presque; car le mouvement d'abduction resta un peu borné, et à mesure qu'il se rétablit, il diminua proportionnellement l'étendue du mouvement d'adduction; mais la mobilité redevint suffisante et resta la même dans les deux sens.

« Le succès de cette première opération m'encouragea à la répéter sur l'autre œil. On remarquera qu'ici il n'y avait pas d'adhérence en dehors; le droit externe n'avait pas été coupé; l'opération a donc été modifiée en raison de cette différence de conditions, sans toucher au droit externe. Cependant le résultat a été aussi heureux que dans le cas précédent, et la malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant, c'est-à-dire que les deux yeux sont complè-

tement redressés et jouissent de leur mobilité presque normale; seulement l'œil droit au repos reste un peu plus ouvert que le gauche; mais cette légère différence disparaît complètement dans les mouvemens d'expression de la face. Depuis lors j'ai pratiqué une troisième fois la même opération, et j'ai obtenu les mêmes résultats. »

Nouveau procédé à lambeaux antéro-postérieurs pour l'amputation sus-malléolaire; par Fl. Tavignot.

« L'aide auquel est confié le pied malade devra se tenir prêt à faire exécuter au pied un mouvement alternatif d'extension, puis de flexion, de manière à tendre suffisamment les parties, pendant que l'on taille les deux lambeaux antérieur et postérieur; deux incisions verticales ne comprenant que la peau, l'interne, parallèle au bord interne du tibia, l'externe, suivant la partie moyenne du péroné, sont abaissées à partir de douze centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne jusqu'à trois centimètres de cette même articulation; le couteau est ensuite porté en avant, de manière à réunir par une incision transversale les extrémités inférieures des deux premières incisions verticales; on fait exécuter à l'instrument un mouvement tel qu'il décrive une ligne courbe à concavité supérieure, de telle sorte que l'extrémité libre de ce lambeau, dont les côtés sont parallèles, soit quelque peu arrondie. Une fois ce lambeau rapidement disséqué jusqu'à sa base, on le fait relever par un aide, puis le couteau est plongé en pointant de dedans en dehors, et un peu de haut en bas, rasant la partie postérieure du tibia et du péroné; on taille ensuite le lambeau postérieur, en ayant soin, avec la main gauche, d'exercer une sorte de traction sur la portion moyenne de ce même lambeau, de manière à garantir de l'instrument ses bords latéraux, taillés déjà dans leur élément cutané dans le premier temps de l'opération. On fait arriver le bord libre de ce lambeau, que l'on arrondit convenablement jusqu'à un centimètre environ de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum. Là s'arrête le procédé opératoire dans ce qu'il a de spécial au moins; car, comme toutes les autres méthodes, la section circulaire des parties musculaires et tendineuses restantes est pratiquée. Si l'espace interosseux est trop étroit pour pouvoir être traversé, on cherche à remédier le mieux possible avec l'extrémité du couteau à ce temps des amputations pratiquées sur les membres à deux os.

« Il est, on le comprend, impossible d'indiquer d'une manière générale la longueur absolue que l'on devra donner aux lambeaux. Celle-ci devra nécessairement varier selon le volume du membre lui même; et ici les mesures

doivent nécessairement varier chez l'adulte et chez l'enfant. Pour ce qui est de leur longueur relative, elle ne doit pas pour cela être modifiée. Le lambeau antérieur sera au moins le tiers du lambeau postérieur. »

Ce procédé n'est guère différent de celui que Ravaton mit en usage sur un soldat nommé Fray, dont l'histoire est curieuse sous plusieurs rapports. Si le procédé de M. Tavignot est original, nous aurons aussi imaginé un procédé, lorsque nous aurons dit qu'il est absolument inutile de faire deux incisions verticales, puis une transversale, pour avoir un lambeau antérieur demi arrondi, et qu'il vaudrait mieux couper ce lambeau d'un seul coup, au moyen d'une incision appropriée.

« Et d'abord, dit M. Tavignot dans un passage de sa note, ne parlons plus de la méthode circulaire ni de celle à lambeaux exclusivement cutanés, puisque déjà elles montrent une incroyable disposition pour la gangrène, qu'elles entraînent fréquemment après elles. » Cette crainte de la gangrène est aussi générale qu'elle est peu fondée. Sur quinze amputations sus-malléolaires que M. Velpeau a pratiquées jusqu'à ce jour, il n'a observé que deux fois la gangrène, encore l'accident était-il tout-à-fait indépendant de la localité et du procédé. Dans un cas, il avait fallu tamponner la plaie pour arrêter une hémorrhagie, qui avait lieu par la surface de l'os. Dans l'autre, l'opération avait été pratiquée pour un écrasement du pied, qui avait compromis les tissus de la partie inférieure de la jambe. Notons que M. Velpeau emploie précisément la méthode circulaire dont M. Tavignot ne veut plus entendre parler. Cette méthode est bonne, parce qu'elle est simple, ce qui ne veut pas dire que les autres procédés ne réussiront pas, témoin les trois cas cités par M. Tavignot, dans lesquels son procédé a été confirmée, et qui ont été suivis de succès.

Grossesse extra-utérine.

M. Blache a communiqué verbalement à l'Académie, dans la séance du 5 octobre dernier, l'observation suivante de grossesse extra-utérine. (1)

« Une femme, âgée de 40 ans, ayant eu un enfant, n'ayant pas été malade antérieurement, éprouva des douleurs abdominales qui avaient plus particulièrement leur siège dans le flanc et la fosse iliaque gauches, ou une tumeur devint apparente quelques années après. Au moment où la malade fut soumise à l'examen de M. Blache, elle avait 70 ans et il y en avait 30, par conséquent, qu'elle avait commencé à souffrir. On sentait dans la fosse iliaque gauche des bosselures d'une dureté osseuse. Entrée le 17 septembre à l'hôpital Cochin, elle y est morte le 25 du même mois. Les symptômes n'ont pas été très tranchés. Ce qui a dominé, c'est un extrême affaiblissement. A l'autopsie, on a trouvé diverses altérations. La tumeur a été isolée, et un squelette de fœtus a été mis à découvert.

« Presque tous les os sont unis entre eux par des espèces de ligamens, incomplets et peu résistans; de sorte qu'ils forment un tout, dont l'aspect général peut être apprécié. Le squelette est fortement fléchi, enroulé sur lui-même; le bassin et les membres abdominaux occupent la partie postérieure de la tumeur; la région occipitale répond, au contraire, à la partie antérieure, et la colonne vertébrale, décrivant une ligne courbe à convexité supérieure, s'étend d'une de ces parties à l'autre; les côtes sont très distinctes, on les voit très bien de chaque côté de la rangée des vertèbres.

« Le crâne est déformé, les os qui le constituent chevau-

(1) Voyez t. 3, pag. 80 et 99, — et le savant rapport de M. Gerdy à l'Acad. royale de Méd. (*Bull. de l'Acad. royale de Méd.*, t. 6, pag. 1045).

chent les uns sur les autres. La face est inclinée à gauche et en arrière, on y distingue la moitié gauche du maxillaire inférieur, les deux orbites contenant une matière molle, une sorte de bouillie grisâtre. La main gauche, comme soudée avec la partie moyenne et inférieure du visage, cache la bouche et le nez; les mâchoires paraissent dégarnies de dents.

« Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que tous les os sont arrivés à ce degré de dureté qu'ils offrent chez l'adulte; qu'en un mot le squelette est complètement ossifié, les extrémités des os comme leur partie moyenne; néanmoins, la forme des extrémités articulaires diffère notablement de ce qu'elle est chez l'adulte: ainsi, les fémurs sont dépourvus de col, on voit bien une légère saillie qui pourrait indiquer le petit trochanter, mais on n'aperçoit aucune trace du grand trochanter.

« En général, les os longs se présentent sous la forme de cylindres irréguliers, renflés à leurs extrémités qui ne ressemblent en rien, ainsi que cela a déjà été dit, à ce qu'elles sont à l'état normal.

« Les fémurs, à leur partie moyenne, ont le volume d'une forte plume d'oie, leurs extrémités sont à-peu-près une fois aussi volumineuses.

« Leur longueur est de 5 centimètres et 3 millimètres.

« Celle des tibia est de 4 centimètres et demi.

« La tête offre environ le volume du poing d'une main grêle. Enfin sans entrer dans de trop longs détails sur la disposition de ces débris de fœtus, nous ajouterons que les parties molles qui existent encore, constituent un détritus, sans forme; cependant, au devant de la portion lombaire de la colonne vertébrale se voit une petite portion de l'aorte. »

Fracture, luxation et plaie de l'avant-bras; guérison : par le docteur Mazin (de l'Aigle). — Observation adressée à l'Académie.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans qui, ayant eu la main prise dans les fils d'une machine à tréfiler, éprouva une fracture des deux os de l'avant-bras, une luxation du coude, et eut presque toutes les parties molles du membre divisées. L'amputation semblait indispensable. Les muscles herniés furent repoussés dans la plaie, les bords de celle-ci réunis. On entoura la partie de sachets de sable à la température de 34 à 40° Réaumur. Le blessé guérit. Son membre jouit de la plus grande partie de ses mouvemens. L'observation est incomplète.

Section des tendons fléchisseurs des doigts. Etat des mouvemens; par M. Bouvier.

« Désirant, dit M. Bouvier, m'éclairer par l'anatomie pathologique sur les effets qu'on pourrait obtenir de la section des fléchisseurs des doigts, pratiquée dans un lieu différent de celui où on les avait divisés, je les ai coupés sur les deux membres antérieurs d'un chien, vis-à-vis le milieu du métacarpe. L'animal a été tué six semaines après.

« Aux deux membres, la continuité des fléchisseurs superficiel et profond a été rétablie par un tissu de consistance fibreuse d'un gris rosé qui tranche, par son aspect, avec la substance des bouts tendineux; mais les nouvelles cordes qui unissent ces derniers ont contracté entre elles et avec les parties voisines des adhérences qui s'opposent à leur glissement réciproque. Il en résulte que les tractions exercées au-dessus de la section, soit sur le fléchisseur superficiel, soit sur le profond, ne se transmettent qu'impar-

faitement aux doigts et ne leur impriment que de très faibles mouvemens, tandis que, sur un membre sain, on produit par de semblables tractions une flexion très étendue de ces appendices. L'action des fléchisseurs est donc ici à-peu-près nulle pendant la vie, comme à la suite des opérations de ce genre pratiquées chez l'homme.

« Ce fait me paraît établir suffisamment que, même en divisant les tendons des muscles fléchisseurs des doigts, hors de leurs gaînes ostéo-fibreuses, on ne peut espérer de conserver leur action comme je l'avais d'abord cru moi-même, et il faut conclure qu'en thèse générale, on doit préférer à la section des fléchisseurs des doigts affectés de rétraction, l'allongement graduel de ces muscles par des moyens mécaniques. »

Désarticulation de la cuisse droite : succès; par le professeur Textor (de Wurtzbourg).

Le sujet de l'observation, jeune homme de 21 ans, faible, lymphatique, pauvre, éprouva d'abord des douleurs profondes au membre pelvien droit. Il resta trois semaines sans demander de secours. Au bout de ce temps, il s'aperçut que sa jambe droite était devenue toute noire, et attendit néanmoins trois autres semaines avant de se présenter à un médecin. Il fut transporté à l'hôpital Julius, dirigé par M. Textor; il était très amaigri, souvent tourmenté par la diarrhée; sa peau était chaude; soif inextinguible. La jambe était sphacelée jusqu'au genou; l'artère crurale ne battait plus. Les os se dénudèrent en très peu de jours et furent sciés le plus près possible du genou. La peau du sacrum et des trochanters s'entamait. Les forces diminuaient extrêmement. Le sphacèle s'était étendu à la cuisse; M. Textor

se décida à désarticuler la cuisse. L'opération fut faite par le procédé de M. Larrey. Le chirurgien commença par former un lambeau interne, désarticula, et termina par le lambeau externe. L'artère crurale était obstruée par un caillot fibrineux. On la lia néanmoins; on lia aussi quatre autres branches artérielles. Le décubitus dorsal étant extrêmement douloureux, on fit coucher le malade sur le ventre, et cette nouvelle position le soulagea beaucoup. L'opéré allait bien. L'autre membre s'œdématia, ce qui était d'autant plus fâcheux que les battemens de la fémorale s'entendaient à peine dans ce membre. Des frictions alcooliques et des fumigations aromatiques, aidées d'une légère compression, dissipèrent ces nouveaux accidens. La plaie de l'amputation se cicatrisa. L'observation du professeur Textor date du quatrième mois après l'opération. Le sujet allait bien. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas cherché à découvrir la cause première du sphacèle. Nous sommes porté à croire que l'affection a été primitivement scorbutique.

Polype de l'utérus; métrorrhagies répétées; opération; observation communiquée à l'Académie, par M. Bérard.

Une femme éprouvait des pertes utérines depuis treize mois; sa constitution était altérée; il y avait à craindre pour sa vie. On avait reconnu par le toucher et à l'aide du spéculum, une augmentation de volume de l'utérus et la présence d'un corps étranger dans sa cavité. Mais ce corps était exactement renfermé dans l'organe, et ne paraissait pas dans le vagin. Fallait-il attendre que le col se dilatât? La femme pouvait succomber à de nouvelles pertes de sang. M. Bérard se décida à inciser le col, de chaque côté. Le polype, qui était fibreux, fut saisi avec une érigne, et abaissé jus-

qu'à l'entrée du vagin. Il ne tenait que par un point de sa circonférence; il fut facile de le couper à l'aide de quelques coups de ciseaux. Le douzième jour, les incisions du col étaient cicatrisées. Guérison parfaite. Le polype offre cinq centimètres de diamètre.

Corps étranger dans le pharynx; suffocation; mort; observation communiquée également à l'Académie royale de médecine, par M. A. Bérard.

Un individu paralysé depuis cinq ans, et ayant de la peine à avaler, éprouve tout-à-coup, en prenant son repas, des symptômes de suffocation, et tombe; il perd la voix immédiatement; mais il montre son cou avec son doigt. On croit à une nouvelle apoplexie, et le malade expire. A l'ouverture du cadavre on trouve dans le pharynx un morceau de bœuf qui n'a pas été mâché et qui obstrue l'ouverture du larynx; il a poussé les cartilages aryténoïdes en avant. Les parties sont encore dans cet état au moment où M. Bérard présente la pièce à l'Académie.

Les cas de ce genre ne sont pas rares. Il faut surveiller les paralytiques quand ils mangent, et ne pas négliger les recommandations.

Voici le résumé d'un autre cas de corps étranger arrêté, cette fois, dans l'œsophage. Le sujet de l'observation est un homme de trente-sept ans. Le morceau avalé ne peut être ni extrait ni poussé dans l'estomac, et s'oppose d'ailleurs à l'introduction même des liquides. Le chirurgien, M. Balbach, applique une ligature sur le bras, comme pour la saignée, découvre la veine médiane, y fait une petite ouverture, et injecte dans le vaisseau, avec une petite seringue, la moitié d'une solution de 3 décigrammes d'émétique dans 60 grammes d'eau. L'effet n'étant pas produit, le reste de la solution

est introduit. Des vomissemens violens ont lieu deux minutes après, et ont pour effet l'expulsion d'un morceau de viande de six centimètres de longueur sur six millimètres de largeur et trois centimètres d'épaisseur. La petite plaie se cicatrisa comme celle d'une saignée. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Cas d'absence de l'utérus et du vagin.

Les cas d'absence de l'utérus sont assez rares, Morgagni en cite des exemples dans sa 46[e] Lettre, art. 13. Fournier en a rapporté quelques autres dans son article *Cas rares*, du *Dictionnaire des sciences médicales*. Le docteur Chew, outre celui qui lui est propre, en mentionne deux, observés par le docteur Burgraw et insérés dans l'*American journal of medical science* (mai 1840), où s'en trouve rapporté un autre, reproduit dans les *Archives générales de médecine* (octobre 1840).

Le cas suivant est un exemple de l'absence du vagin et de l'utérus, nous l'extrayons des *Annales universelles de médecine*, du docteur Carlo-Ampélio Caldérini (*Fascicule* de février 1841).

Caroline Fossati, paysanne de Lissonne, âgée de vingt ans, était sur le point de se marier, lorsqu'elle confia à une de ses amies qu'elle n'était pas menstruée, lui faisant part de son désir d'être guérie d'une infirmité qu'elle regardait comme un empêchement au mariage. Un médecin ayant été consulté, cette jeune fille fut envoyée à l'Hôpital-Majeur de Milan, comme étant affectée d'atrésie vaginale; là, elle fut plus scrupuleusement examinée et on la trouva manquant de vagin et d'utérus.

Cette jeune fille est née de parens sains, et autant qu'on

peut le savoir, il n'y a jamais eu parmi les femmes de sa famille d'imperfection de ce genre. Sa sœur s'est mariée et a eu deux enfans. L'enfance de Caroline Fossati fut prospère ; à treize ans commença le développement des mamelles sans autre indice de puberté, et à quatorze commencèrent à poindre les premiers poils du pubis. A quinze ans, eurent lieu de vagues douleurs dans l'abdomen, qui revenaient chaque mois, et de temps à autre tous les deux mois seulement, douleurs qui acquirent insensiblement un caractère déterminé. Elles se manifestaient aux lombes, se propageaient vaguement dans l'abdomen, et se fixaient définitivement au bas-ventre. Le premier jour de l'apparition de ces douleurs qui duraient de deux à trois jours, on avait presque constamment à noter une légère tuméfaction du ventre. Les douleurs en général n'étaient pas très vives, quelquefois cependant elles l'étaient assez pour obliger la malade à garder le lit. Nul écoulement de sang, capable de suppléer la menstruation, n'avait lieu ni par le mamelon, ni par d'autres points, et on n'observait aucune incommodité qui pût faire soupçonner une déviation de l'écoulement menstruel sur un organe important.

Cette jeune fille est d'une taille assez élevée; elle est robuste ; ses formes sont bien proportionnées ; son apparence est musculeuse ; sa voix, quoiqu'un peu forte, a le timbre féminin ; sa physionomie est gaie, agréable, régulière ; œil vif; expression de franchise ; sa chevelure est touffue et noire ; le teint du visage est brun ; le reste du corps est blanc ; le cou robuste, la poitrine large et bien construite ; les mamelles sont bien proportionnées et les mamelons érectiles ; les hanches sont très larges et renversées en dehors ; les cuisses belles et bien tournées ; le pubis est couvert de poils

nombreux et frisés; les grandes et les petites lèvres sont assez marquées, le clitoris n'est pas très proéminent, et il est peu érectile.

Le méat urinaire, situé normalement, est régulier quant à la forme; immédiatement au-dessous de lui commence une ellipse de petites caroncules qui marque l'entrée du vagin, assez peu étendue pour ne pas dépasser un demi-pouce dans son diamètre vertical. Ces caroncules étant écartées l'une de l'autre comme si l'on voulait pénétrer dans le vagin, on ne voit pas autre chose qu'une continuation de la muqueuse vaginale fermant complètement l'entrée de ce canal. Cette toile obturatrice n'est aucunement concave ni extensible; elle cède très peu même sous la pression de la sonde. Au-dessous de l'ellipse caronculaire, on aperçoit un espace de muqueuse avant d'arriver à l'extrémité inférieure de la vulve. Un cathéter étant introduit dans la vessie et un doigt dans l'anus, l'instrument est dirigé contre le doigt de manière à ce que l'on puisse reconnaître l'épaisseur des parties qui séparent la vessie du rectum, lesquelles parties ne sont peut-être pas aussi épaisses que pourraient l'être les parois de la vessie et de l'intestin chez une femme bien conformée. On aurait dit qu'il n'y avait entre le doigt et la sonde qu'une simple toile membraneuse. Cela fait, ayant retiré le doigt de l'anus, et la sonde étant recherchée à travers les parois abdominales rendues souples par la position, l'instrument étant porté en outre dans différentes directions, on ne sentit ni intermédiairement ni dans les environs aucun corps qui pût être l'utérus. Durant toutes ces manœuvres la jeune fille ne donna aucun signe de la moindre sensibilité et pas davantage par suite de la titillation des mamelons. Il fut manifeste par toutes ces preuves qu'elle n'avait ni vagin ni utérus.

Notre jeune fille est indifférente pour les hommes; elle sait apprécier cependant les plus beaux, et ne voudrait pas se marier avec un vieux. Elle a eu le désir de se marier, non pour satisfaire un besoin corporel, ignorante qu'elle est de la différence des sexes et de l'acte conjugal, mais pour avoir un compagnon avec qui passer sa vie, attendu qu'elle n'a plus de parens. Ingénue, elle ne manifeste pas d'autres désirs; instruite de son incapacité au mariage, elle y a renoncé sans en éprouver de chagrin.

L'atrésie vaginale, dans le cas que l'on vient de lire, est incontestable. Il y a, sous ce rapport, évidence matérielle. En est-il de même de l'absence de l'utérus? Est-on fondé, d'après les seules recherches auxquelles ont pu se livrer les observateurs qui ont examiné le sujet, à affirmer positivement que l'utérus manquât? Nous ne saurions, quant à nous, résoudre cette question que négativement. Nous ne disons pas que l'utérus existât, mais nous disons que les détails précités ne suffisent pas pour que l'on puisse avancer d'une manière certaine qu'il n'existait pas. Et, pour exprimer toute notre pensée, nous serions porté à croire que l'imperfection dont il s'agit se réduisait à l'occlusion du vagin. Pourquoi, en effet, vers l'âge de la puberté, les mamelles se seraient-elles développées, et d'où seraient venus les symptômes généraux de la menstruation?

Ces symptômes seraient un effet sans cause et demeureraient inexplicables si l'utérus avait réellement manqué. Dès que l'organe destiné à recevoir le produit de la conception manque; dès que l'organe qui est le point de départ des phénomènes de la menstruation, n'existe pas chez une femme, il n'y a plus de raison dans l'économie pour

qu'aucun des phénomènes de la menstruation se prononce. La nature peut être imparfaite dans son œuvre ; mais peut-elle être illogique dans ses imperfections, au point que l'on ait à supposer le développement normal des seins chez une femme, dont ces organes n'auront jamais de fonctions possibles. Si les seins se sont développés chez Caroline Fossati, si elle éprouvait mensuellement les phénomènes généraux de la menstruation, c'est que probablement l'utérus existait chez elle. L'observation de cette jeune fille n'est pas, dans la science, la seule qui puisse donner lieu aux courtes réflexions que nous venons de présenter. Toute cette question est à revoir.

Spéculum oculi par M. Kelley-Snowden.

Nous croyons, dans l'intérêt de nos lecteurs, devoir reproduire le rapport suivant de M. Velpeau, à l'Académie, sur l'ingénieux instrument de M. Kelley, ainsi que la note extrêmement curieuse qui accompagne ce rapport. C'est M. le docteur Ribail, qui a retrouvé et communiqué à M. Velpeau l'histoire qui fait le sujet de la note.

« Le petit appareil imaginé par M. Kelley-Snowden, a pour but de tenir les paupières écartées pendant qu'on opère sur l'œil. C'est une sorte de pince en fil d'acier qui agit à la manière d'un ressort ; sa force réside dans l'anneau ou la boucle qui en fait le talon ou qui lui sert de manche; chacune de ses branches offre une sorte de *genou* coudé en *onglet*, qu'on glisse sur la face interne de la paupière correspondante ; ses extrémités libres, armées chacune d'un anneau, prenant un point d'appui près du nez, font qu'une fois posé il ne court aucun risque de se déranger ; les rubans que, pour plus de sûreté, l'auteur y avait ajoutés dans le principe et dont je l'ai débarrassé, sont parfaitement inutiles ; avec l'onglet primitif

le bord des paupières glissait quelquefois par dessus et se trouvait un peu trop tiraillé vers les angles oculaires. La forme de triple crochet mousse que, sur ma demande, M. Kelley-Snowden lui a bientôt donnée, n'offre point cet inconvénient : un petit coude antérieur que j'ai fait établir sur ses branches entre les crochets et l'anneau le rend d'ailleurs plus facile à fixer et à fermer.

« Ce petit instrument est d'un emploi extrêmement commode et d'une utilité incontestable, toutes les fois qu'on a besoin de tenir les paupières écartées, d'examiner l'œil sans embarras, de pratiquer quelque opération délicate sur cet organe, outre qu'il est encore susceptible de perfectionnement, de simplification. Il pourrait, à la rigueur, tenir lieu de tous les élévateurs des paupières imaginés jusqu'ici, quand il s'agit de retirer quelque corps étranger du devant de l'œil, de cautériser la cornée, de pratiquer une pupille artificielle, d'abaisser une cataracte, etc. Toutefois, il ne serait pas prudent, selon moi, d'y recourir dans les cas d'opération de cataracte par extraction. Quoiqu'il n'exerce aucune pression sur le globe oculaire, l'abaissement rapide de la paupière supérieure est trop important à l'instant où le couteau termine la section de la cornée, pour permettre alors de s'en rapporter à lui comme le veut l'auteur ; mais c'est dans l'opération du strabisme que le *bléphareirgon* est surtout un instrument précieux. L'Académie m'a chargé de l'examiner le 23 février 1841, époque à laquelle la myotomie oculaire excitait la plus vive attention. Depuis cette époque, je l'ai mis à l'épreuve sur plus de cent cinquante louches, si bien que maintenant je ne me sers presque plus que de lui pour écarter les paupières des personnes auxquelles je veux redresser les yeux ; avec lui *on peut* opérer seul : je l'ai fait plusieurs fois

sans difficultés réelles. Il tient au moins lieu des deux aides qui, dans le procédé commun, sont chargés de l'élévateur et de l'abaisseur de M. Dieffenbach, outre qu'il ne gêne point l'opérateur, qu'il lutte mieux que la main contre la volonté ou l'indocilité des malades. »

Note historique.

« Un des poisons les plus dangereux que la médecine ait à combattre et que les lois aient à punir, dit Lecat, c'est le charlatanisme. Les plus grandes villes, comme les bourgades, sont infestées de faiseurs de miracles, qui n'en imposent pas seulement à des hommes bornés, mais encore à des personnes que leur esprit et leur éducation devraient garantir des erreurs pardonnables à la multitude.

» Le docteur T... me servira à prouver ce que j'avance. J'ai eu occasion d'examiner à fond sa conduite et j'ai cru que l'histoire en pourrait être utile au public et agréable à l'Académie. Cet homme spirituel, aimable, devint en peu de jours l'objet de l'admiration générale ; il possédait un arsenal superbe d'instrumens, s'en servait avec dextérité et faisait voir des portefeuilles remplis de certificats les plus avantageux, les plus authentiques. La porte de son hôtel était gardée par des soldats ; il fallait des recommandations pour entrer chez lui, et ses opérations se faisaient dans un cercle brillant de personnes choisies.

« La grande opération, la plus merveilleuse de toutes, était celle par laquelle il prétendait redresser les yeux louches. En voici la manœuvre : avec une aiguille enfilée de soie il prenait une portion de la conjonctive de l'œil louche, vers la partie inférieure du globe, et ayant fait une anse de cette soie il s'en servait pour tirer à lui la portion de conjonctive qu'elle

tion. M. Simon fut d'avis d'essayer de dilater le canal sus-pubien et de chercher ensuite à extraire le calcul avec les tenettes. Comme la sonde ne pouvait être retirée un seul instant, on ne put placer convenablement l'éponge préparée et il fallut renoncer à ce moyen. C'est alors qu'on se décida à pratiquer l'opération suivante :

Le malade étant placé convenablement, j'introduisis un cathéter dans l'urètre jusqu'au rétrécissement, c'est-à-dire jusqu'à la prostate, et je le donnai à garder à un aide qui le tint dans une position droite. Je fis l'incision de la peau et du tissu cellulaire du périnée d'après la méthode bilatérale, en coupant assez profondément entre le rectum protégé par mes doigts, et la prostate, pour bien séparer l'un de l'autre ces deux organes. Je coupai dans l'étendue d'un demi-pouce, et d'avant en arrière, la lèvre antérieure de la plaie, pour découvrir la partie membraneuse de l'urètre. Je divisai cette partie membraneuse dans toute son étendue, et à travers la plaie, non-seulement je touchai le cathéter, mais je le vis très facilement. Alors se présenta la partie la plus difficile de l'opération, l'introduction du cystotome double dans la vessie. Dans un cas ordinaire rien n'est plus facile ; il n'y a qu'à pousser le cystotome sur le cathéter : mais il n'en était pas de même ici, parce que la portion prostatique de l'urètre était rétrécie au point que le cathéter était arrêté dans cet endroit d'une manière invariable. L'urètre étant ouvert et le cathéter pouvant être facilement touché, j'essayai d'abord de conduire cet instrument dans la vessie en le poussant fortement dans la direction du canal prostatique, tenant la plaque avec la main droite, et avec la gauche poussant sur la portion de l'instrument placée dans la partie membraneuse du canal. Tous mes efforts furent inutiles. Je pris alors la sonde conique de Boyer, et l'ayant conduite dans l'urètre par la plaie, j'essayai la même manœuvre après avoir ôté le cathéter, mais avec aussi peu de succès. Je dus donc renoncer à cette voie pour arriver dans la vessie, bien persuadé que tous mes efforts vers la portion prostatique de l'urètre n'aboutiraient qu'à faire des déchirures dans le canal, dans la prostate, etc.

Je me décidai alors à ouvrir la vessie dans son bas-fond. Pensant bien, avant de faire l'opération, que je serais obligé d'en venir là, j'avais préparé la sonde à dard de M. Belmas pour rendre cette manœuvre plus facile. Eh bien, par une distraction singulière, ni moi, ni mes confrères, nous ne pensâmes à

força vainement de parvenir dans la vessie par l'urèthre. Il fallut maintenir une sonde de gomme élastique dans l'ouverture vésico-sus-pubienne, et c'est par là que le malade urina depuis 1834. L'instrument était changé tous les deux ou trois jours, attendu que son extrémité vésiçale se couvrait promptement de mucosités graveleuses. Cependant M. Vottem ne désespérait pas de vaincre le retrécissement, et proprosa dans ce but les sondes Mayor à M. B., auquel il apprit à s'en servir. Un jour une de ces sondes se cassa, et M. Vottem fut obligé d'aller rechercher la portion restée dans le canal avec la pince à trois branches de M. Leroy. Quelques jours après, M. Vottem croyait être arrivé à la vessie, et il avait pénétré dans le rectum, à travers la portion membraneuse. Il guérit très bien de ce nouvel accident. Mais M. B. n'était pas au bout de ses souffrances. Après deux ans, il ressentit des douleurs dans la vessie, et ces douleurs devinrent de plus en plus vives. En un mot, on constata la présence d'un calcul. M. B. et le chirurgien lui-même reculent devant une opération. Toutefois les douleurs sont bientôt insupportables, la marche devient presque impossible; les nuits sont sans sommeil... Il faut prendre un parti décisif. On rejette la lithotritie parce que « 1° le calcul paraissait trop volumineux ; 2° la vessie était trop douloureusement affectée par le moindre contact des instrumens; 3° les fragmens du calcul broyé seraient restés dans le fond de la vessie. » On rejeta de même la taille hypogastrique, parce qu'il était difficile d'être assuré contre l'incision du péritoine. On aurait pu penser à la pratiquer entre le pubis et le canal artificiel, mais l'intervalle n'était pas suffisant. La méthode recto-vésicale fut également mise de côté. Avant de rien tenter, M. Vottem réunit une consulta-

remarquables, il n'en aurait pas parlé. Celui de M. B... l'est donc bien davantage, puisque ce n'est pas de mois, mais d'années qu'il est question chez lui. Et cependant cette sonde ne lui a jamais causé d'accident, quoiqu'il continuât à sortir et marchât même beaucoup pour faire ses affaires. Ce que je craignais le plus, c'est qu'elle n'amenât des altérations dans la vessie par sa présence continuelle; mais je n'en ai pas trouvé la moindre apparence en examinant cet organe avant et pendant l'opération.

2° *L'oblitération de l'urètre.* « J'avais toujours pensé avant de faire l'opération, que le canal de l'urètre était fortement rétréci, peut-être même oblitéré. Je suis convaincu maintenant qu'il était véritablement oblitéré, qu'il n'existait plus enfin dans sa partie prostatique. J'ai cette conviction, non-seulement parce que je n'ai pu, pendant l'opération, arriver dans la vessie à travers la prostate, ce qui pouvait bien aussi dépendre de ce que peut-être je ne poussais pas mon instrument dans la bonne direction, mais aussi parce que j'ai trouvé la prostate réduite au volume d'une noisette. Ces circonstances, jointes à cette autre que la dernière rétention complète d'urine avait été causée par un abcès de la prostate, à la suite duquel on conçoit très bien l'oblitération de l'urètre, et à cette autre aussi que depuis la dernière ponction de la vessie, jamais le malade n'avait rendu la plus petite goutte d'urine par la verge, tout cela réuni prouve, sans conteste, pour moi, que l'urètre était oblitéré dans sa portion prostatique. C'est donc ici une exception à ce principe émis d'une manière trop exclusive par M. Amussat, que le canal de l'urètre n'est jamais complètement oblitéré.

3° *Le rétrécissement prostatique.* « Sœmmering avait dit que les rétrécissemens ne sont jamais dans la portion prostatique de l'urètre. M. Amussat, adoptant cette opinion, dit : « Les quatre espèces de rétrécissemens dont nous venons de parler, *n'existent jamais au-delà du bulbe*. On a bien prétendu qu'on avait rencontré de véritables rétrécissemens, des brides dans la portion du canal qui correspond à la prostate, mais nous ne savons pas qu'on ait produit aucune pièce anatomique qui puisse démontrer ce fait. » Il fallait donc une pièce anatomique pour convaincre M. Amussat : eh bien, je puis dire que je l'ai eue en main. J'ai ouvert la portion membraneuse de l'urètre, et c'est dans sa portion prostatique que j'avais sous les yeux, puisque je touchais la prostate, que j'ai trouvé une oblitération complète. Qu'on ne dise pas que ce fait ne prouve rien, parce que l'oblitération était due à un abcès de la prostate, comme je l'ai dit plus haut. Ceci est vrai pour l'oblitération; mais le rétrécissement que l'on avait voulu détruire par la cautérisa-

tion existait bien avant cet abcès, et était placé dans l'endroit où j'ai trouvé l'oblitération. Ainsi donc ce fait prouve que le rétrécissement de M. B.., était dans la portion prostatique de l'urètre. D'ailleurs, M. Lallemand dit aussi en avoir vu un exemple.

Nous serons bref dans les réflexions que nous inspire le cas curieux de M. le professeur Vottem. Et d'abord, nous ne croyons pas que l'oblitération de l'urètre soit entouré de preuves suffisantes. C'est là un de ces faits qui exigeraient comme démonstration, une dissection minutieuse. L'urètre pouvait être coarcté au point de ne rien laisser passer, sans qu'il y eût adhésion réciproque de ses parois, et c'est probablement ce qui avait lieu. Nous avons à nous étonner que la présence de l'urine n'ait pas été constatée dans le pus de l'abcès prostatique. En dernier lieu, nous nous demandons si M. Vottem n'a pas laissé échapper l'occasion de rétablir le canal de l'urètre chez ce malade. N'aurait-il pu, après avoir mis à découvert le canal, pousser un instrument pointu dans la direction de la région prostatique, et sur cet instrument guider un bistouri boutonné pour pratiquer la cystotomie; après quoi, à l'aide d'une sonde passée dans l'urètre, on aurait cherché à prévenir l'adhésion complète de la solution de continuité, de manière à obtenir un canal égal en diamètre à celui de cette sonde.

Note sur trois cas de résection de l'articulation du coude,
Par M. Ph. Roux.

La communication suivante de M. le professeur Roux introduit dans la question des résections du coude des données entièrement neuves. Nous devons à nos lecteurs de leur en donner connaissance, et il y a plusieurs mois que

nous nous proposions de le faire. L'abondance des matières nous a toujours empêché de réaliser cette intention.

» Je prie l'Académie de vouloir m'excuser si j'oublie en ce moment ma tâche de président, et si je me suis réservé quelques instans pour lui faire moi-même une communication et pour lui présenter trois sujets qui me paraissent mériter de fixer uu moment l'attention de mes collègues. Je n'abuserai pas, au reste, de la liberté que j'ai prise et du tour de faveur que je me suis accordé ; je serai court dans les remarques que j'ai cru devoir rédiger. Mais, ou bien je devais renoncer à l'intention que j'avais depuis assez long-temps de mettre sous les yeux de l'Académie trois beaux résultats d'une opération qui, si elle n'est pas toute nouvelle dans l'art, est au moins encore pour les chirurgiens un sujet de controverse, et compte, malheureusement à mon sens, plus de détracteurs que de partisans ; ou bien il y avait nécessité absolue que je fisse cette communication aujourd'hui même. Deux des trois sujets que je vais présenter ont quitté mon service de l'Hôtel-Dieu il y a deux jours ; tous deux quittent Paris dans le cours de cette semaine, et l'un d'eux, jeune homme d'une vingtaine d'année, retourne en Savoie, son pays natal. Je ne les reverrai donc plus jamais. Un seul reste à ma disposition, c'est une femme qui a sa demeure habituelle à Paris.

» Les trois cas dont il s'agit ne sont pas les seuls du même genre dont il me serait possible de donner connaissance à l'Académie ; ce sont les plus nouveaux seulement, et les derniers d'une très nombreuse série de faits analogues que j'aimerais à faire connaître dans leur ensemble, et dont je présenterais avec bonheur les résultats généraux si cela ne m'était interdit par l'obligation même que je me suis imposée de n'absorber que quelques-uns des momens de l'Académie. Ces derniers cas sont remarquables par une innovation que j'ai apportée dans le procédé opératoire de la résection du coude, innovation que je crois importante et utile, et dont je soumets l'appréciation à ceux de mes collègues qui se livrent particulièrement à la pratique de la chirurgie.

» Ce sont, en effet, trois sujets qui ont subi cette résection de toute l'articulation du coude, que je présente à l'Academie. Ces trois résections, je les ai faites dans les cours des vingt derniers mois qui viennent de s'écouler, l'une au mois de juillet de 1839, il y aura deux ans au mois de juillet prochain ; une autre au mois de juin de l'année dernière, il y a neuf mois ac-

complis, et la troisième enfin au mois de septembre dernier, il y a cinq mois à peine; et quoique l'issue favorable de l'opération me paraisse tout aussi assurée pour le dernier malade que pour les deux autres, j'aurais cependant désiré qu'il ne fût pas aussi impatient de rejoindre ses pénates, et qu'il restât encore quelque temps confié à mes soins. C'est dans quelques mois seulement, et par l'effet du repos simplement que chez ce malade le membre sera parvenu à l'état où il doit être définitivement.

» Vous le savez, messieurs, l'amputation du membre au-dessus de l'articulation malade, et la résection, c'est-à-dire le retranchement en tout ou en partie, des os qui concourent à former cette articulation, et cela dans le but de conserver le membre, avec la pensée qu'il pourra remplir encore sa destination naturelle, ce sont là les deux seules ressources de la chirurgie contre les tumeurs blanches des articulations des membres, parvenues à leur dernière période. Ces deux moyens extrêmes, entre lesquels on n'a pas l'option pour toutes les articulations indistinctement, et qui ne peuvent être mis en parallèle que pour quelques-unes seulement, ont chacun leurs avantages et leurs inconvéniens, leur bon et leur mauvais côté, leurs chances favorables et contraires; et je ne suis point assez absolu dans mes préventions pour ne pas comprendre l'éloignement que beaucoup de chirurgiens manifestent encore pour les résections, et la préférence que, faute d'avoir expérimenté, ils accordent à l'amputation.

» Je suis grand partisan de la résection toutes les fois qu'elle est praticable, au moins pour certaines articulations; chacun le sait. Cette prédilection aurait pu, comme tant d'autres dont notre esprit ne peut pas toujours expliquer l'origine, se former spontanément en moi, puis grandir comme elle a grandi, en effet, avec le temps et par les leçons de l'expérience; mais elle a eu en grande partie sa source dans l'obligation qui me fut imposée en 1812 de faire des recherches et de composer un travail qui ne pouvait être alors de ma part qu'un travail d'érudition et de raisonnement sur tous les genres de résection des os.

« Dans le laps de temps qui s'est écoulé depuis cette époque, j'ai fait pour le coude seulement, onze fois l'opération dont il s'agit, et chaque fois j'ai enlevé toute l'articulation huméro-cubitale. Ce nombre dépasse un peu celui de toutes les résections dans les autres grandes articulations des membres, comme celles du bras, du poignet, du genou et du pied avec la jambe; et je n'ai égard en ce moment ni aux résections que j'ai pu faire dans plusieurs des petites articulations des membres, comme celles des phalanges des

doigts ou des orteils entre elles, ou de l'un de ces doigts ou orteils avec les os du métacarpe ou du métatarse, ni non plus à ces ablations d'un os entier ou de la grande partie d'un os, par lesquelles on peut encore, dans certains cas, éviter l'amputation d'une partie d'un membre.

« Bien entendu que dans les onze résections du coude que j'ai indiquées sont compris les trois cas qui sont l'occasion de la note dont l'Académie veut bien entendre la lecture: ce sont les trois dernières. Parmi les huit premières, les huit anciennes, trois avaient été suivies d'accidens, ou primitifs ou consécutifs, immédiats ou tardifs dans leur apparition qui ont causé la mort des malades. Les cinq autres malades avaient retiré de l'opération, tout le fruit qu'on pouvait en attendre: j'ai complètement perdu de vue trois de ces sujets, tandis que les deux autres sont restés pendant long-temps soumis à mon observation; il m'est encore loisible de voir l'un des deux: c'était à l'époque où elle subit son opération, il n'y a pas moins d'une quinzaine d'années, une jeune personne de vingt-et-un ans, elle avait pu reprendre et continuer, pendant plusieurs années, ses occupations de femme de chambre; elle s'est mariée depuis, elle a eu des enfans, elle a maintenant trente-cinq ou trente-six ans, et dirige un établissement de commerce et d'industrie qu'elle a fondé. L'autre, que je sais ne plus exister, avait pu reprendre et a continué, pendant dix ou douze ans, son état de gagne-petit ou de remouleur, qu'il exerçait particulièrement sur le pont Notre-Dame.

« Pour toutes ces huit premières résections du coude, j'avais suivi le procédé dont j'ai donné la description en 1812, et qui différait bien peu de celui qui avait été adopté par MM. Moreau le père, Moreau le fils et Champion, de Bar-le-Duc, qui ont été parmi nous, les premiers promoteurs des résections articulaires. Comme ils l'ont fait tant de fois, j'avais formé des parties molles du coude en arrière, deux lambeaux quadrilatères en faisant deux incisions parallèles, l'une en dedans, l'autre en dehors de l'articulation, et une incision transversale au niveau de l'olécrane, de manière à mettre bien complétement à découvert les parties osseuses articulaires dont je devais faire la résection. Mais souvent dans le cours du traitement consécutif à l'opération, j'avais senti les inconvéniens que peut faire naître le retard que peut apporter à la guérison le besoin d'imprimer tous les jours au membre des mouvemens, de le soulever, pour le pansement de la partie de la plaie qui se trouve en dessous.

« Au risque d'éprouver un peu plus de difficultés dans l'exécution même de l'opération, je me décidai, il y a bientôt deux ans, à ne faire aux parties

molles que l'incision externe et l'incision transversale, et à ne former de ces mêmes parties molles que deux lambeaux triangulaires qui se trouvent ainsi en dehors un peu en arrière de l'articulation, ou en dessus; en se représentant le membre posé horizontalement après l'opération, et les lambeaux étant réunis par des points de suture, toute la plaie est à découvert, et le membre peut être maintenu sur une gouttière dans la plus parfaite immobilité. Ayant réussi une première fois, j'ai procédé de la même manière une seconde fois, puis une troisième. C'est donc ainsi qu'ont été opérés les trois individus que je vais mettre sous les yeux de l'Académie. Sans trouver rien de très extraordinaire dans le fait de trois succès consécutifs de la résection de toute l'articulation huméro-cubitale, peut-être cependant la modification que j'ai apportée au procédé opératoire, n'a-t-elle pas été ici sans quelque influence: il m'est donc permis de la recommander avec confiance. J'hésite moins à attribuer à la manière dont l'opération a été pratiquée dans les trois cas en question, et à la manière dont il a été possible de diriger le traitement consécutif, la régularité avec laquelle se sont succédé tous les phénomènes préparatoires à la consolidation des plaies, l'absence presque complète d'accidens locaux ou généraux du genre de ceux qui avaient pu compromettre l'existence des malades; et enfin cette circonstance remarquable que sans qu'il y ait eu consécutivement à l'opération soudure parfaite des os, une sorte d'ankylose de l'avant-bras sur le bras, ces deux parties se maintiennent cependant l'une sur l'autre dans un degré d'immobilité favorable à la solidité du membre, même aux fonctions qu'il peut encore remplir, plus que je ne l'avais encore jamais vu. » (1)

M. (de C.).

(1) Nous renvoyons au prochain numéro une revue générale des travaux chirurgicaux de l'Académie royale de Médecine, pendant l'année 1841.

EXTRAITS DE JOURNAUX ÉTRANGERS,

Par M. Giraldès.

De l'opération des pieds-bots, par M. Braid.

L'auteur fait connaître les résultats auxquels il est parvenu après avoir pratiqué un grand nombre de ces opérations. Il établit en principe quelques points tout-à-fait neufs, et à l'appui desquels il rapporte quelques observations. En ce qui regarde les pieds-bots, il pense que ce genre de difformité n'est pas toujours le résultat d'une rétraction musculaire, que dans bien des circonstances la paralysie des muscles ou le relâchement de ces organes est la seule cause de ces déformations; or en supposant ce fait admis, si on veut remédier à cet état, on ne doit pas s'adresser aux muscles rétractés, mais bien à ceux affectés de paralysie ou de relâchement : on doit en exciser une portion plus ou moins longue, mettre ensuite les bouts divisés en contact, et procurer par ce procédé un raccourcissement de ces organes. Cette manière de procéder a été mise par lui en pratique avec un plein succès. Les prétentions de l'auteur ne se bornent point là, il croit pouvoir étendre cette pratique non-seulement aux pieds-bots, mais aussi à la guérison de beaucoup de relâchemens ou de paralysies des muscles des autres parties du corps; il dit avoir pratiqué avec succès l'excision d'un pouce à-peu-près des muscles biceps crural, demi tendineux et grêle interne chez un malade chez lequel le relâchement de ces muscles était porté à un point si marqué que la jambe pouvait être fléchie facilement en avant sur la cuisse à un degré assez grand ; après qu'il eut excisé les muscles en question, le membre a pu reprendre son état normal, et le malade pouvait se tenir facilement dans une position verticale. Nous donnerons plus bas quelques-unes des observations qu'il cite dans son article à l'appui de sa manière de voir, et dont le nombre pourrait, selon lui, être augmenté. M. Braid pense que la cicatrisation des tendons se fait dans peu de temps, et qu'au bout de six jours, les malades peuvent exécuter des mouvemens dont ils étaient privés depuis bien long-temps. C'est avec raison que l'auteur considère cette opération comme nouvelle, et quoiqu'il prétende l'appuyer sur un grand nombre de faits, il permettra aux chirurgiens de se tenir en garde contre ces succès merveilleux, et d'attendre que des faits bien constatés viennent confirmer ou rejeter cette opinion. Les résultats qu'il annonce sont tellement brillans, qu'on doit désirer qu'ils soient confirmés par des faits bien constatés. Il ajoute qu'un grand nombre de malades ainsi affectés, offrent

quelques modifications dans la chaleur des parties, qu'un grand nombre offrait dans les régions malades une température moins élevée que la région du côté opposé. On a remarqué, dit-il, qu'après l'excision des muscles paralysés, la température avait augmenté. M. Braid cherche à expliquer ce fait par une théorie dans la discussion de laquelle je ne veux pas entrer : j'ajouterai seulement qu'il répugne de croire qu'un muscle contracté, par cela même qu'il est dans cet état, diminue l'innervation du muscle relâché ou paralysé, et que l'excision de ce dernier met de nouveau les choses dans leur état d'innervation et de calorification normale. M. Braid pense aussi, d'après les nombreuses observations qu'il a faites, que toutes les fois qu'on opère des pieds-bots, et qu'on éprouve quelques difficultés à redresser les parties, cela dépend de la contracture des muscles fléchisseurs communs, tibial postérieur et long péronnier, qui s'opposent à ce redressement. Il établit en principe qu'il faut diviser, dans la même séance, les muscles en question et le tendon d'Achille ; en suivant cette pratique, il croit qu'on abrège beaucoup le temps nécessaire pour le redressement de la difformité, et qu'on épargne des douleurs aux malades. La section des muscles extenseurs communs des orteils doit se faire, selon lui, à la plante du pied, avant que les tendons se séparent, en portant le tranchant de l'instrument de dedans en dehors. Il pense que la section de l'aponévrose plantaire peut se faire par la même plaie.

Voici quelques-uns des faits rapportés à l'appui de sa doctrine. Le 30 juin 1840, il excisa 3/16 de pouce du tendon du muscle péronnier antérieur chez un jeune malade âgé de six ans, affecté d'une paralysie qui avait résisté à tous les moyens de traitement. La jambe était beaucoup plus froide que celle du côté opposé ; le malade marchait avec des béquilles, la jambe gauche pendante ; il y avait un léger *varus* après l'excision du tendon indiqué, on appliqua un bandage pour mettre les bouts en contact ; une semaine après, le malade pouvait marcher à travers les salles ; on plaça, vingt jours après, le pied dans une bottine ; à partir de ce moment, elle put marcher sans béquilles.

Le 5 juillet 1840, un malade âgé de dix ans, porteur d'un valgus produit par la paralysie des muscles tibial postérieur, et du long fléchisseur du pouce ; la jambe était froide, on excisa 1/4 de pouce des muscles indiqués ; après l'opération, la jambe devint beaucoup plus chaude ; trois semaines après le malade marchait à l'aide d'une bottine.

Le 6 juillet 1840, un homme âgé de cinquante ans, porteur d'un pied-bot

varus produit par le relâchement des muscles long et court péronniers. La jambe était froide, on excisa 3/4 de pouce de chacun des muscles indiqués, un bandage convenable fut appliqué; au bout de trois semaines, le malade pouvait marcher à l'aide d'une bottine.

Un malade, six ans et demi, portant depuis un an un pied-bot valgus produit par la paralysie des muscles gastrocnémiens et des autres muscles postérieurs de la jambe. Le malade ne pouvait pas étendre son pied, les muscles extenseurs étaient paralysés au point de permettre de porter le dos du pied contre la jambe. Le 4 septembre 1840, on excisa 3/4 de pouce du tendon d'Achille, les bouts du tendon furent mis en contact; dix jours après, la plaie résultant de l'opération était guérie. Le malade pouvait fléchir et étendre le pied, ce qu'il ne pouvait pas exécuter auparavant. Au bout de trois semaines, les environs de la plaie s'enflammèrent, ce qui retarda un peu la guérison. Trois mois après, le malade pouvait marcher facilement, étendre et fléchir le pied.

M*, douze ans, se trouvait depuis un an dans le même état que le malade précédent; au mois d'octobre 1840, on excisa 3/8 de pouce du tendon d'Achille, les bouts excisés furent mis en contact; au bout de six jours, la plaie était guérie; le malade étendait et fléchissait le pied facilement; deux mois après il marchait très bien à l'aide d'une bottine.

Un enfant de dix ans, la jambe paralysée depuis son enfance, et amaigrie; le membre est beaucoup moins volumineux que celui du côté opposé, le genou est fléchi à 45°, le pied est tourné en dehors, on peut facilement l'appliquer contre le tibia; on excisa 3/8 de pouce du tendon d'Achille, et une égale quantité du muscle tibial postérieur; après la consolidation, le malade put marcher à l'aide d'une bottine ayant un haut talon.

Une fille, âgée de quatorze ans, ayant depuis un an un valgus du pied gauche, produit par la paralysie des muscles gastrocnémiens, et la contraction des muscles tibial antérieur, extenseur propre du pouce, et extenseur commun; le 5 septembre 1840, on excisa un 1/2 pouce du tendon d'Achille, et on divisa les muscles contractés; six jours après, la malade pouvait fléchir et étendre la jambe.

Enfant de sept ans; valgus produit par une paralysie des muscles; en marchant les malléoles internes touchaient à terre; le 26 février 1841, on excisa 3/16 de pouce du tendon d'Achille à ce malade; dix-huit jours après, il marchait sans aucun appareil. M. Braid a ajouté à son article quelques considérations sur les déviations de la colonne vertébrale, sur le strabisme et le bé-

gaiement. Pour être vrai, je dois dire qu'on trouve dans son récit des exagérations telles que beaucoup de personnes douteront de l'exactitude de ses assertions. (*Edinb. Med. and Sur. Journal*, octobre 1841.)

Distocie produite par la présence de tubercules dans l'utérus,
Par le professeur Osiander, de Gottingen.

Une femme, âgée de quarante-cinq ans, scrofuleuse, enceinte pour la troisième fois. Les deux premières grossesses ne parvinrent pas à leur terme : cette malade était en travail depuis vingt-quatre heures. Au moment où elle fut visitée par le professeur Osiander, elle était très abattue et ses forces avaient beaucoup diminué; le col de l'utérus était dilaté; on sentait la tête de l'enfant; la poche des eaux n'était pas rompue. Quelques heures après les contractions de l'utérus reprirent de nouveau : la tête se trouvant engagée, le professeur Osiander rompit la poche, et trouvant la tête de l'enfant au niveau de la marge du bassin, dans la position occipito-iliaque, essaya d'amener la tête à l'aide du forceps, et ne pouvant le faire, il eut recours à la version; la main atteignait facilement le niveau des côtes, mais il fut impossible d'arriver jusqu'aux pieds : on rencontrait au milieu de l'utérus une espèce de contraction qui empêchait la main de passer. On plaça alors la malade sur les genoux : cette nouvelle position ne diminua nullement les difficultés. il fut impossible d'y introduire la main. On essaya de nouveau de saisir la tête à l'aide du forceps : cette nouvelle tentative ne donna aucun résultat; une heure et demie après, le professeur Osiander jugea convenable de pratiquer la crâniotomie, et d'amener l'enfant à l'aide de crochets mousses, ce qui fut fait avec beaucoup de difficultés. Le placenta se trouvait retenu par cette contraction de l'utérus, il n'y eut pas d'hémorrhagie, et cependant l'abdomen conserva son volume. La malade se trouvait dans un état d'affaissement, le pouls était fort, le ventre était volumineux. On pratiqua une saignée : cette émission sanguine ne produisit aucun résultat. La malade fut prise de vomissemens et mourut trois jours après l'accouchement. A l'autopsie on ne rencontra aucune trace de péritonite, le côté droit de l'abdomen était occupé par l'utérus, offrant un volume très considérable; la substance de cet organe avait trois travers de doigt d'épaisseur, elle était remplie de grosses masses comme enkystées, du volume d'un œuf ordinaire, et formée d'une matière blanche caséeuse, entourée d'une enveloppe fibreuse; la présence de cette masse tuberculeuse donnait à l'utérus la forme ou l'espèce de contraction, que nous avons rencontrée; de petites tumeurs du volume

d'une cerise, formées d'une substance dure, composée de lames concentriques comme les corps fibreux, se rencontraient dans l'épaisseur de l'organe : c'est la présence de ces productions qui a occasioné les difficultés qu'on a éprouvées dans les manœuvres.

(*Hannsversche Annalen*, v vol. 15. — *British and foreign Med. Review*, octobre 1841, p. 558.)

De l'emploi du galvanisme dans quelques maladies organiques de l'œil, par le docteur Lerche, de Saint-Pétersbourg.

Le docteur Crusell, de la Finlande, est le premier qui eut l'idée d'employer le galvanisme contre les maladies organiques de l'œil, il envoya, sur ce sujet, un mémoire à l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg. Ce travail détermina M. Lerche à répéter sur les animaux ces expériences, afin d'en vérifier l'exactitude. L'appareil à cet effet n'était pas encore terminé, lors de l'arrivée de M. Crusell à Saint-Pétersbourg. M. Lerche répéta ces expériences avec lui. Ils soumirent d'abord à l'action du galvanisme un batelier âgé de soixante-huit ans, portant un leucome complet de la cornée, jugé incurable. Ce malade était entré à l'hôpital pour une inflammation chronique des deux yeux.

L'appareil employé dans ce cas avait été fait d'apres les indications données par M. Crusell : il consistait en un cercle galvanique formé par un seul couple de zinc et de cuivre : cet appareil fut plongé dans un mélange d'eau et d'acide sulfurique. Le pôle cuivre fut d'abord placé en contact avec le leucome, et le pôle zinc en contact avec la langue; le courant galvanique fut continùé pendant dix minutes sans que le malade éprouvât la moindre douleur. Pendant l'opération, on remarqua que la tache de la cornée devenait moins opaque. Ce moyen fut employé trois jours de suite; au bout de ce temps, l'opacité de la cornée avait beaucoup diminuée et le malade commençait à apercevoir les objets. Les résultats auxquels M. Crusell était arrivé par suite de ses expériences sur les animaux portèrent M. Lerche à employer ce moyen contre les opacités des tissus internes de l'œil; mais avant d'étendre à l'homme cette application, il voulut s'assurer de l'innocuité du moyen. Le fil de l'appareil fut armé d'une aiguille à cataracte : avec l'instrument ainsi disposé, il plongea le pôle zinc dans le cristallin d'un jeune cochon, et le pôle cuivre fut placé dans l'oreille de l'animal ; dix minutes après, la pupille devint trouble, on suspendit l'opération et on la répéta avec égal résultat sur l'œil du côté opposé, au bout de quelques jours, l'animal avait des cataractes très bien formées. Pour étendre à l'homme cette application, il fallait avoir la certitude que cet état

pouvait être détruit par l'influence d'un moyen contraire; au bout de dix jours, on procéda à l'opération, cette fois on plaça dans le cristallin non pas le pôle de zinc comme la première fois, mais bien le pôle de cuivre et le pôle zinc dans l'oreille de l'animal. L'opération fut continuée pendant trois minutes. On remarqua pendant ce temps quelques bulles de gaz dans l'intérieur de l'œil; l'opacité du cristallin commençait à diminuer. Au moment où l'opération fut arrêtée, la pupille était comme nuageuse; quatre jours après, elle avait acquis sa transparence première, et l'animal voyait très bien. On remarquait une légère opacité dans le point de la cornée traversée par l'aiguille. Ce résultat nous porta à essayer ce moyen sur l'homme : il fut employé chez un ouvrier en cuivre, de la Finlande, qui avait été opéré avec succès d'une cataracte de l'œil gauche; il portait à l'œil droit une cataracte capsulo-lenticulaire d'une couleur jaunâtre; on avait antérieurement essayé de l'abaisser, mais sans succès; elle était remontée; une autre fois, on voulut la broyer, sa consistance était si grande que l'aiguille ne put l'entamer, elle la divisa seulement dans sa hauteur; le cristallin était volumineux, appuyé contre la pupille qui était dilatée et irrégulière; le malade voyait à peine.

Le 11 novembre, en présence de M. Crusell, on essaya le galvanisme de la manière indiquée, avec les fils armés d'aiguilles, le pôle cuivre pénétra dans le cristallin, tandis que le pôle zinc était en contact avec la langue, il était curieux de voir comment le cristallin touché par le fil de cuivre se gonflait, se pressait contre la pupille, et enfin se brisa en trois morceaux : l'un se porta en haut, l'autre en dehors et le troisième dans la chambre antérieure. La fissure triangulaire, produite par cette séparation, était bien noire. Le malade voyait très bien un doigt placé devant son œil, ou la figure d'un individu placée dans la même position. L'opération dura une minute et ne fut suivie d'aucun accident.

(*Medicinish Reitung*, 1841. — *Bristish foreign Medical Review* octobre 1841, p. 542.)

M. Nuete, de Gottingue, emploie la modification suivante dans le procédé en usage pour abaisser le cristallin : au lieu de faire passer l'aiguille entre l'iris et le cristallin, et de ramener l'instrument au centre de la pupille pour bien apercevoir l'action, il préfère pénétrer dans la capsule du cristallin et porter l'aiguille entre cette membrane et la lentille, et diviser ensuite d'arrière en avant la capsule. Afin de pénétrer dans l'intérieur de la capsule, il procède de la manière suivante : l'aiguille est plongée dans l'œil suivant la manière

ordinaire : lorsqu'elle a pénétré dans l'étendue d'une ligne et demie, avec les bords tranchans de l'instrument il coupe la capsule et pénètre dans son intérieur ; les autres temps de l'opération sont exécutés de la manière ordinaire. L'avantage qu'il reconnaît à cette modification, c'est de diviser les tissus au lieu de les déchirer, d'empêcher la lésion l'iris, et enfin d'éviter la formation d'une cataracte secondaire. M. Nuete dit avoir opéré à l'aide de cette modification vingt-huit cas avec un plein succès.

(*Holscher Annalen.* — *British and foreign medical Review*, octobre 1841, p. 548.)

Anévrysme de l'artère carotide. Erreur de diagnostic, par M. Liston.

Un enfant, âgé de neuf ans, entra à l'hôpital du collège de l'Université de Londres, le 20 octobre 1841. Ce jeune malade avait été envoyé à l'hôpital pour y être traité d'un anévrysme de l'artère carotide. Cet enfant avait été examiné, avant l'arrivée de M. Liston, chef du service, par l'interne et par plusieurs élèves, ils crurent reconnaître des pulsations dans la tumeur, et à l'aide de l'auscultation un bruit semblable à celui qu'on rencontre dans les anévrysmes.

En effet, au côté droit du cou existe une tumeur située sur le trajet de l'artère carotide et s'étendant depuis l'angle de la mâchoire jusqu'auprès de la clavicule. Cette tumeur se développait du côté de la bouche et par la pression qu'elle déterminait sûr les parties voisines occasionait une dyspnée assez forte, et un changement dans la voix. Le petit malade disait que la tumeur existait depuis deux mois, et qu'elle était survenue à la suite d'une fièvre.

A l'arrivée de M. Liston à l'hôpital, le malade lui fut présenté par l'interne, qui lui fit part des observations qu'il avait faites, et lui présenta en même temps une aiguille exploratrice. Ce chirurgien refusa l'instrument qu'on lui offrait, en disant : *Où avez-vous entendu parler d'un anévrysme chez un enfant de neuf ans?* Et il plongea dans la tumeur une lancette à abcès. Un jet de sang très abondant suivit cette ponction. Le malade perdit connaissance. L'hémorrhagie continua malgré la syncope. M. Liston ferma la plaie à l'aide de deux épingles et d'un fil.

Le 21, il procéda à la ligature de l'artère carotide; mais avant de pratiquer cette opération, ce chirurgien jugea convenable d'entrer dans quelques explications : il insista surtout sur la rareté de cette maladie à cet âge, sur

la forme insolite que la tumeur avait acquise et sur l'absence de pulsation, circonstance qui rendait le diagnostic très difficile ; il ajouta que dans ce cas, la tumeur anévrysmale n'était pas un véritable anévrysme, qu'elle provenait de l'existence d'un abcès qui avait déterminé l'ulcération de l'artère. Il avait observé, l'année dernière, chez un élève, un cas de cette nature : un abcès profond existait dans la cuisse, l'ouverture de cette tumeur fut suivie d'une hémorrhagie pour laquelle il fallut lier l'artère fémorale; selon M. Liston, cet abcès avait ulcéré l'artère. La ligature de l'artère carotide fut pratiquée tout près de la clavicule. L'opération fut rendue plus difficile par le volume de la tumeur, par le sang qui s'était infiltré dans les tissus du cou ; ajoutez à cela que l'incision extérieure ne pouvant pas être continuée assez haut, l'opérateur était obligé de chercher l'artère à travers une petite ouverture.

Le malade mourut le 5 novembre, à la suite d'une hémorrhagie secondaire. Il a été impossible d'avoir des détails plus étendus sur ce fait, le malade ayant été placé dans une salle particulière dont l'entrée était, dit-on, interdite aux élèves. On reconnut par l'autopsie la nature anévrysmale de cette tumeur. Il paraît que M. Liston conteste cette assertion. La ligature fut placée à un pouce de l'artère innominée.

(*Provincial. med. and surg.* Novembre 13, p. 136.)

Cette observation donna lieu à quelques réclamations de la part de M. Tophan, élève de M. Liston, il assure que le malade a pu être observé par tous les élèves de l'hôpital, et qu'il n'est pas vrai que M. Liston ait confiné son malade dans une chambre particulière; il ajoute que l'autopsie a démontré que la maladie était telle que M. Liston l'avait présumée. Espérons, dans l'intérêt de la science, que M. Liston publiera lui-même tous les détails de ce fait important. Ce chirurgien ne voudra pas sans doute laisser planer sur lui le reproche de mauvaise foi et de légèreté, que quelques organes de la presse médicale anglaise sont assez disposés à lui faire. Ajoutons, d'un autre côté, qu'il est très important que l'examen bien fait du corps de ce malade détermine d'une manière évidente s'il y avait là un abcès ayant donné lieu à l'ulcéra-

tion du vaisseau, comme M. Liston semble le croire; c'est, il faut en convenir, un point de pathologie qu'il est essentiel de bien constater. L'erreur de diagnostic, commise par un chirurgien habitué à l'observation des malades, est, il en faut convenir, un fait grave surtout si, comme le *Provincial Journal* semble le faire croire, il provenait du peu d'attention que le chirurgien avait donnée au malade, et aux observations qui lui avaient été soumises par un interne. Sans doute cette erreur n'est pas unique dans la science : Dupuytren lui-même en commit une semblable. Il faut cependant distinguer l'erreur résultant de la difficulté du diagnostic, de celle qui provient du défaut d'attention donnée par le chirurgien.

Anévrysme variqueux de l'aisselle, par M. Josiah Nott, M. D., de Mobile (Alabama).

M. Christophe Clausel, âgé de quarante ans, le 27 août 1838, allait à la chasse (son fusil chargé avec de la cendrée), prit son arme par le bout, et au même instant le coup partit. La charge traversa tout le bras, et alla se loger dans l'aisselle. Une hémorrhagie abondante eut lieu. Les désordres causés par la blessure déterminèrent M. Watkins à pratiquer l'amputation du poignet. Les artères divisées par l'amputation, ne donnèrent pas de sang. L'hémorrhagie, qui avait eu lieu primitivement par l'aisselle, porta à penser que le principal vaisseau de cette région avait été blessé. Une eschare se forma dans l'aisselle et se détacha au bout de cinq jours. Douze jours après l'accident, une hémorrhagie par la plaie de l'aisselle eut lieu. Le lendemain, le même accident se renouvela. Le sang que le malade avait perdu dans ces deux circonstances l'avait beaucoup affaibli. Une compression sur la plaie arrêta l'hémorrhagie ; la séparation des eschares avait produit une plaie profonde dont la cicatrisation se fit assez rapidement. Vers le milieu d'octobre, on reconnut dans l'aisselle une tumeur anévrysmale dont le volume augmentait tous les jours.

M. C. vint à Mobile consulter le docteur Nott (13 novembre), qui constata la présence d'une tumeur anévrysmale occupant l'aisselle et s'étendant jusqu'à la clavicule : cette tumeur était le siège de pulsations fortes, et on reconnut le bruit qu'on observe dans les tumeurs de cette nature.

Le 27 novembre, la ligature de l'artère sous-clavière fut pratiquée en présence des docteurs Teurn, Woodcoch et Crauford, l'opération fut exécutée sans difficulté. Le vingt-septième jour, le fil tenait encore après le vaisseau, M. Nott attacha à ce lien un fil de gomme élastique, une compresse fut placée sur la clavicule, et le fil passait sur la compresse pour aller se fixer sur la poitrine, par ce moyen, on exerçait sur la ligature une traction constante; elle se détacha vers le trente-et-unième jour. Quarante jours après l'opération, le malade retourna chez lui : la plaie de la ligature était guérie et la tumeur de beaucoup diminuée; elle fut de nouveau le siège de battemens, on observa de plus un bruit de rouet très distinct. Cinq mois après, les pulsations et le bruit de rouet persistaient, ce qui effrayait beaucoup le malade. M. Nott le perdit de vue jusqu'au mois d'avril 1841, époque à laquelle il était complètement guéri.

(*Americ Journ. of med. Journ. London Med. Gazette*, octobre 22, p. 158).

Calcul vésical. Lithotomie, par M. T. M. Greenhow, chirurgien de l'infirmerie de Newcastle.

M. Browne, âgé de soixante-seize ans, amputé de la jambe droite, est affecté d'une incontinence d'urine. Appelé auprès de ce malade le 26 juillet, je l'ai trouvé dans l'état suivant : Il ne peut pas garder son urine; ce liquide s'écoulant goutte à goutte, a fini par excorier le scrotum; toutes les fois qu'il va à la garde-robe il éprouve des douleurs très vives, s'étendant jusqu'au pubis et à l'extrémité de la verge; la langue est chargée, point d'appétit, le pouls est lent, le malade dort mal, son facies est abattu, il est triste et découragé. Cet état dure depuis long-temps. De légers laxatifs, des calmans et de la teinture ferrugineuse améliorent un peu l'état du malade. Le lendemain on essaya le cathétérisme, l'instrument fut arrêté au col de la vessie par un calcul d'un volume considérable, les tentatives qu'on fit pour pénétrer dans cette cavité furent sans résultat; la vessie semblait occupée par le calcul, l'urine sortait au fur et à mesure qu'elle était excrétée, ce qui rendait la position du malade plus pénible, plus fatigante. La lithotomie fut pratiquée le 4 août.

Un cathéter volumineux cannelé sur le côté fut introduit dans l'urètre, cet instrument se trouva arrêté comme de coutume à l'entrée de la vessie, une large incision fut alors pratiquée dans l'endroit indiqué pour la taille latéralisée. Le bistouri conduit par le doigt indicateur rencontra la cannelure du cathéter; pour compléter l'incision de la prostate, il fallut se servir du doigt

comme d'un conducteur. Cet organe atteignit la pierre et on put constater qu'elle occupait toute la cavité de la vessie, qu'elle avait contracté des adhérences avec la membrane muqueuse de l'organe : ces adhérences furent autant que possible séparées à l'aide du doigt, des tenettes furent introduites et le calcul chargé; on essaya en vain de l'extraire par des mouvemens ménagés, les cuillers de l'instrument l'abandonnèrent. Une seconde tentative fut encore sans résultat. Une curette fut introduite, et par ce moyen on sépara presque toutes les adhérences du calcul; il fut chargé de nouveau, cette fois les cuillers de l'instrument furent poussés un peu plus loin, afin d'embrasser le calcul par une plus grande étendue; saisi par son petit diamètre, il fut amené au dehors; pendant l'extraction, on fut obligé de couper avec le bistouri les brides qui s'opposaient à son passage; en un mot, on lui fraya une voie facile à l'aide de l'instrument tranchant, afin de contondre le moins possible les parties.

Le malade supporta avec beaucoup de courage l'opération un peu longue; on plaça dans la plaie une mèche de linge huilé. Une potion opiacée fut admininistrée; le sujet n'est pas affaissé, l'urine coule facilement par la plaie.

Deuxième jour : le malade va très bien.

Troisième jour : même état. De légers laxatifs; on lui donne quelques alimens.

Quatrième jour : l'urine continue à couler par la plaie; il a été à la garde-robe.

Cinquième jour : il est assoupi; le pouls est irrégulier, la langue est rouge, sèche, il est beaucoup plus faible, on lui administre quelques stimulans; un peu mieux vers le milieu de la journée; il retombe dans le même état vers le soir.

Sixième jour : la faiblesse augmente par des selles; lavement avec de l'essence de térébenthine; des stimulans : le malade s'affaisse de plus en plus et meurt vers le milieu du jour.

Il n'a pas été possible de faire l'autopsie.

Le calcul pèse 5 3/4 onces (poids anglais), son grand diamètre offre 3 pouces, le diamètre transverse, 2 5/16; épaisseur, 1 5/8 pouces; circonférence, 7 5/8 pouces.

Composition : Il est formé d'un noyau central et de couches blanches stratifiées; la partie centrale est composée d'acide silicique thoracique; neuf par-

ties d'acide silicique et une partie de silicate de soude; les parties extérieures sont composées de phosphate amoniaco-magnésien.

(*The London, Edinb. Month. Journal of Med. Scien.*, nov. p. 798.)

Statistique des amputations faites à l'hôpital du collège de l'Université de Londres, par M. Porter.

Le nombre d'amputations pratiquées dans cet hôpital depuis l'année 1835 jusqu'au mois de janvier 1841, est de soixante-six, dans ce nombre on compte cinquante-six guérisons et dix morts. Ces opérations se partagent de la manière suivante : dix amputations d'urgence, *primaires*, sur lesquelles on compte trois morts. Sur cinquante-six amputations secondaires, sept morts.

Les amputations primaires se partagent ainsi : Amputation du bras, 1 ; de l'avant-bras, 2 ; poignet, 1 ; cuisse, 2 ; jambe, 3 ; des deux jambes, 1.

Amputations secondaires : Dans l'article, 1; bras, 7 ; avant-bras, 6; cuisse, 20, jambe, 22.

Ces opérations secondaires ont été pratiquées : 33 pour des maladies des articulations; 9 pour des maladies des parties molles; 6 pour des fractures compliquées; 3 pour des nécroses; 1 pour un cas de tumeur; 3 pour des moignons coniques et ulcérés.

Cinquante-deux de ces opérations furent pratiquées par M. Liston, trois par M. Cooper et neuf par M. Quain. Toutes ont été faites par la méthode à lambeaux. Les lambeaux ont été réunis par des points de suture et soutenus par des bandelettes d'icthyocolle. Avant de procéder à la réunion, on attende que toute hémorrhagie cesse; dans ce but, on applique sur la surface saignante, après que les ligatures ont été faites du linge-charpie (*lint*) imbibé d'eau froide, on renouvelle ces pièces d'appareil jusqu'à ce que la lymphe plastique couvre la surface de la plaie. On laisse ensuite le moignon sans autre pansement pendant quatre jours. Au bout de ce temps, ou même avant si le moignon est gonflé, lourd, on l'enveloppe dans un bandage; la suppuration étant établie, on enlève les bandelettes et on panse la plaie avec du linge-charpie imbibé d'eau tiède, le tout est enveloppé par une toile gommée. (*Provincial. Med. and surg*, oct. 16, p. 57.—*Extrait des Med. Chir. Transact.*, vol. VI, 2e série.)

Rupture de l'intestin, par Georges Mallet, chirurgien à Botton.

R., âgé de trente ans, domestique, voulant monter sur une voiture fut jeté à terre, une des roues de derrière froissa le scrotum et passa

sur le pubis. Appelé auprès du malade, une heure après, je l'ai trouvé pâle et abattu ; le pouls faible et lent ; son scrotum gonflé et noirâtre ; sur le côté droit, près de la symphyse du pubis, on aperçoit une grosseur arrondie, ayant près de deux pouces de diamètre et formée par du sang épanché ; le gonflement du scrotum est évidemment produit par la contusion ; la peau a été frolée par le passage de la roue de la voiture. Le malade peut mouvoir la cuisse, ces mouvemens sont pénibles et douloureux ; il ne peut pas se tenir debout ; on applique sur ces parties des lotions froides.

Quatre heures après l'accident, la douleur et le gonflement augmentent, le pouls devient plus fort : 12 sangsues, des laxatifs ; le malade peut uriner, il va trois fois à la garde-robe et rend une grande quantité de sang liquide. Le lendemain, 4 mai, le pouls est à 96, plus faible ; la peau est moite ; les parties malades n'ont pas changé d'aspect ; une demi-once d'huile de ricin produit quelques évacuations. Dans la soirée, les parties blessées augmentent de volume, le gonflement touche à l'ombilic ; les parties distendues crépitent à la pression ; le pouls est fort et plein, 110 ; l'abdomen très sensible : saignée de 12 onces.

Le 5, le gonflement atteint la région épigastrique, le scrotum est distendu par de l'air, la langue est blanche et sèche, pouls plein, 110 ; saignée de 10 onces. Dans la journée, le malade éprouve des douleurs très fortes, on emploie pour les calmer des préparations opiacées ; lavement. Dans la soirée, des hoquets, des envies de vomir.

Le 6, rien de changé, même traitement.

Le 7, le gonflement des parties augmente, le tissu cellulaire est crépitant jusqu'à la région du cou ; des incisions sont pratiquées sur le scrotum : ces incisions donnent issue à des gaz fétides et à du sang ; le pouls varie entre 100 et 110. Le malade est abattu, son visage est contracté, selles involontaires.

Le 8, le pouls est plus faible et plus fréquent, on lui donne du porter et un régime nutritif.

Le 9, le scrotum se distend de nouveau, il se forme à la partie antérieure de la cuisse une tumeur mollasse qui semble formée par des matières fécales et des gaz. Une incision est pratiquée sur le scrotum et une autre sur la tumeur, elles donnent issue à des gaz et à des matières fécales. On administre de la quinine, on lui donne du porter, du vin et un régime substantiel.

Le 12, une grande quantité de matières fécales sortent par les incisions, pas de selle.

Le 13, toux, la respiration est accélérée, pouls 100, douleurs dans la ré-

gion sternale; un vésicatoire est appliqué dans cet endroit, on donne le tartrate d'antimoine à petite dose; diète.

Le 15, amélioration bien marquée.

Le 21, le malade souffre en urinant, on reconnaît au périnée une tumeur, des matières fécales sortent par l'incision qu'on y pratique, une sonde passée par cette ouverture permet de constater qu'elle communique avec la tumeur placée à la partie antérieure de la cuisse.

Le 23, l'écoulement de matières fécales par les plaies diminuent. Une once d'huile de ricin.

Le 26, il ne passe plus par la plaie que des vents et du pus. La santé du malade s'améliore de plus en plus. Vers le commencement de juillet, il pouvait se promener appuyé sur un bâton.

(*Provincial med. and surg. Journ.*, octobre 9, pag. 34.)

Anévrysme faux primitif, par M. David KINNARD.

Charles Avenell, âgé de 68 ans, eut l'artère humérale blessée à la suite d'une saignée, juillet 1841, malgré la difficulté qu'on éprouvait à arrêter le sang, on ne se douta nullement de la nature de l'accident. Le lendemain, le bras était gonflé et douloureux. Le médecin qui l'avait saigné fut effrayé de la présence de cet accident et réclama des conseils d'un autre confrère, qui, à son tour, s'imagina avoir affaire à une phlébite, et jugea dès-lors convenable d'administrer des préparations salines et des lotions froides. Comme ces moyens ne produisaient aucun résultat et que la tumeur continuait à augmenter, on appela le docteur B. en consultation.

A la première visite, la maladie fut méconnue : c'est à la troisième visite seulement que M. B. reconnut la nature de la maladie. On eut recours alors à une compression méthodique continuée pendant neuf semaines sans le moindre résultat. C'est le 2 septembre que le malade vit M. Kinnard : ce praticien lui conseilla une opération, le malade s'y refusa. Le 19 septembre, il se décida à se faire opérer; il fut de nouveau examiné. M. Kinnard voulait lier les deux bouts du vaisseau blessé. M. B., au contraire, insistait pour que l'artère fût liée au-dessus de la tumeur. Ce conseil fut suivi. Après l'opération, la tumeur diminua de volume. Le quatrième jour, on sentait les pulsations de l'artère radiale; la tumeur augmenta de nouveau et le bras devint douloureux.

Le 8 octobre, une incision de deux pouces d'étendue fut pratiquée sur la tumeur. Le sac fut vidé des caillots de sang qu'il contenait (12 onces), et

l'artère fut liée au-dessus et au-dessous de la plaie; celle-ci fut pansée de la manière ordinaire : des flanelles et du son chaud furent placés autour du membre. Neuf heures après l'opération, on sentait les pulsations de l'artère radiale et cubitale; la main était chaude; le malade reposa, il éprouvait seulement quelque engourdissement dans les doigts.

9. Pouls, 94; le bras est chaud, la peau moite, le bras et la main légèrement gonflés. Traitement antiphlogistique.

10. Moins d'engourdissement; pouls plus fort, mais moins fréquent.

11. On lève l'appareil; la plaie est en bon état.

25. La plaie est presque guérie; un léger engourdissement dans les doigts.

(*Provincial med. and surg. Journ.* nov. 30, pag. 150.)

Observation d'un thymus d'environ quatre livres.

Le 23 mai 1838, entra à l'hôpital Majeur de Bologne la nommée Gabussi, Adélaïde, âgée de 27 ans, tailleuse, d'un tempérament nerveux et d'aspect scrofuleux. Elle fut dans sa première jeunesse exempte de graves maladies, elle avait seulement, un an avant son entrée, été atteinte d'une légère angine qui fut traitée et guérie par les moyens appropriés. Ce fut alors que les glandes lymphatiques du cou commencèrent à se gonfler; plusieurs d'entre elles suppurèrent, et toutes acquirent en un temps très court un degré très notable de dureté. Cette femme négligea d'abord son mal; ensuite elle fut traitée par les moyens convenables qui ne produisirent aucun résultat avantageux.

Reçue à l'hôpital, la malade présenta les symptômes suivans : décubitus continuellement en supination; visage défiguré par suite d'un énorme gonflement œdémateux; yeux excavés; cou très gros avec induration des glandes lymphatiques, et œdème à la partie supérieure de la poitrine; bras très engorgés : cordons presque squirrheux aux aisselles; légère ascite; membres inférieurs réduits à l'état de complet marasme; toux sèche et incommode; pouls filiforme; battemens du cœur imperceptibles; aménorrhée depuis deux mois. On prescrivit en premier lieu pour traitement l'iode en nature, puis les diurétiques, mais sans avantage; et les symptômes ci-dessus exposés, en particulier la difficulté de respirer, devinrent de jour en jour plus graves; il s'y joignit un peu de délire; la prostration était extrême; la malade mourut le 7 juillet suivant.

A l'autopsie, on trouva après avoir disséqué les tégumens du cou, le tissu

cellulaire œdémateux ; les ganglions lymphatiques aussi bien que les glandes salivaires avaient acquis une dureté squirrheuse, il sortit de la poitrine une grande quantité de sérosité de liqueur jaunâtre; le thymus présentait un volume énorme et s'étendait de la partie supérieure du sternum jusqu'au diaphragme : il était enveloppé dans une espèce de kyste à prolongemens interlobulaires; sa couleur était blanche et tendait un peu à celle de la paille; sa figure piriforme à sommet tourné vers la partie supérieure : il était du poids de quatre livres marchandes de Bologne (la livre marchande Bolonaise équivaut à 361 grammes 85 centig.), et il était partagé intérieurement en lobes de grosseur variable, dont quelques-uns étaient très durs et dont les autres étaient remplis d'une substance pultacée jaunâtre. La substance des poumons était altérée par la pression que la tumeur avait exercé sur cette organe, les glandes bronchiques étaient singulièrement grosses et dures. Les viscères de l'abdomen étaient peu altérés, si l'on excepte les glandes lymphatiques, partout également volumineuses et endurcies. (*Annali univ.*).

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.

Recueil d'observations des maladies qui ont été traitées dans cet hôpital; par P. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, etc. (L'ouvrage formera un grand in-4° sur jésus vélin satiné, contenant environ cinquante planches dessinées et lithographiées d'après nature, par MM. Emile Beau et F. Bion, avec un texte explicatif et descriptif du même format. L'ouvrage sera publié en quinze ou vingt livraisons; il en paraîtra une chaque mois. Chaque livraison contenant 1 feuille de texte et trois ou quatre planches coloriées; prix : 6 fr. Chez Just Rouvier, 8, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Nous avons sous les yeux les deux premières livraisons de cet ouvrage; elles annoncent une belle collection. M. Ricord croit à l'utilité de la représentation matérielle des faits anatomiques ou chirurgicaux, et nous y croyons comme lui, sans nous cacher cependant que trop souvent les figures explicatives, au lieu d'ajouter à la clarté du texte, ne font qu'ajouter aux frais matériels de l'entreprise. Il n'en sera pas ainsi des figures de M. Ricord, à en juger du moins d'après celles qui viennent de paraître. Ce qui nous touche

dans ces planches, c'est moins le fini du dessin que le naturel et la fidélité. Sans avoir eu connaissance des faits qui sont représentés, on comprend que tel devait bien être leur aspect. La première observation est celle d'un homme affecté de chancres primitifs, sur lequel on pratiqua l'inoculation du pus syphilitique à la cuisse. La planche qui accompagne cette observation se compose de 8 figures, les deux premières représentant l'état du pénis, et les six autres la pustule d'inoculation à ses diverses phases. La seconde observation est celle d'un homme affecté de chancre et de bubon. Le pus de l'un et de l'autre fut inoculé aux cuisses. Le sujet de la troisième observation était affecté d'ulcères primitifs du prépuce et du gland avec phymosis et état érysipélateux des parties, dont l'aspect est très bien représenté. Ici encore on pratiqua l'inoculation. Avec cette troisième observation finit la première livraison. La deuxième se compose de six faits : l'un d'ulcères primitifs, compliqués de balano-posthite aiguë, de phymosis et de gangrène. Les parties sont hideuses ; mais il n'y a rien d'exagéré. Tous les chirurgiens en ont vu de semblables. L'autre est extrêmement intéressant : c'est celui d'un ulcère primitif siégeant sur le col utérin, affection méconnue par les médecins qui avaient visité la malade avant M. Ricord, et d'ailleurs fort rare. Les trois dernières observations sont relatives à des ulcères primitifs de la région balanique, de l'urètre, à de semblables ulcères de l'entrée de ce canal ; enfin à des ulcères folliculaires primitifs avec eczema du gland. On voit, dans cette dernière observation, le pus des chancres, inoculé, donner lieu à la pustule et à l'ulcération caractéristiques, tandis que l'inoculation du pus d'une vésicule d'eczema ne produisit aucun effet. Ce résultat est curieux, mais à quoi peut-il servir ? L'inoculation n'est-elle qu'une affaire de simple curiosité ? Cette question se représentera.

L'iconographie de M. Ricord s'annonce bien. Auteur et artistes n'ont qu'à continuer comme ils ont commencé. Nous entretiendrons nos lecteurs de cet ouvrage à mesure que d'autres livraisons s'ajouteront à celles qui viennent d'être rapidement analysées. M. (de C.).

***ERRATA* du précédent N° dans le discours de M. Sédillot.**

P. 463, au commencement du 2e alinéa, au lieu de *s'il en était ainsi*, lisez : *s'il n'en était ainsi* ;

P. 467, 26e ligne, au lieu de, *des mêmes susceptibilités*, lisez : *des mêmes modifications morbides;*

P. 469, 7e ligne, au lieu de *présente*, lisez : *présentait.*

MARCHAL (de Calvi), *Rédacteur-gérant.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

RÉFLEXIONS ET OBSERVATIONS SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE ET SUR L'HYPERTROPHIE DE LA VESSIE.

Par M. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. (1)

Les rétrécissemens de l'urètre jouent un rôle très important dans les maladies des voies urinaires. Ils constituent la cause la plus commune des rétentions d'urine et, par suite, du plus grand nombre des lésions dont les voies urinaires sont susceptibles.

Les auteurs modernes me paraissent avoir gratuitement multiplié les altérations organiques dans les rétrécissemens de l'urètre; quant à moi, je n'ai jamais rencontré qu'une seule espèce de rétrécissement, savoir : le rétrécissement fibreux ou mieux la transformation fibreuse des parois du canal, transformation qui occupe, tantôt un seul point de ce canal, de manière à constituer un étranglement circulaire,

(1) M. Cruveilhier a bien voulu nous communiquer ce travail qui doit faire partie de la XXXIXe livraison de son *Anatomie pathologique du corps humain*, avec figures coloriées. Ce magnifique ouvrage, véritable musée d'anatomie pathologique, dont la XLe et dernière livraison est sur le point de paraître, est sans contredit un des plus beaux monumens élevés à la science,

semblable à celui que déterminerait une corde fortement serrée (stricture), tantôt une longueur plus ou moin considérable du canal, quatre, six, huit, douze lignes et même davantage.

Indépendamment de cette différence des rétrécissemens sous le rapport de leur étendue, on doit admettre des rétrécissemens superficiels, c'est-à-dire limités à la membrane muqueuse, et des rétrécissemens profonds dans lesquels toute l'épaisseur du canal de l'urètre a subi la transformation fibreuse. Relativement au siège, le rétrécissement peut occuper tous les points intermédiaires au méat urinaire et à la portion prostatique du canal, mais presque toujours il occupe la portion membraneuse ou la portion bulbeuse; jamais je n'en ai rencontré dans la portion prostatique. Voici d'ailleurs la description que j'ai faite de plusieurs rétrécissemens disséqués avec le plus grand soin. Je transcris mes notes textuellement :

Rétrécissemens. — Fausse route à travers le corps caverneux. — Abcès gangréneux. — Pneumonie. Mort. (1)

Rétention d'urine, cathétérisme forcé, abcès gangréneux dans les bourses et au périnée, incision, mort. A l'ouverture, on trouve une fausse route : l'instrument avait traversé la paroi supérieure du canal, labouré et même entamé le corps caverneux pour rentrer ensuite dans l'urètre. Le rétrécissement avait de quatre à cinq lignes de longueur : il était dense, fibreux, et la transformation fibreuse occupait toute l'épaisseur du canal : du pus était infiltré dans une bonne partie du tissu spongieux du corps caverneux; il y avait un

(1) Présenté à la Société anatomique par M. le docteur Monod, alors interne à Bicêtre.

abcès gangréneux dans le tissu cellulaire du périnée; il existait en outre une pneumonie à l'état d'hépatisation grise. Ne serait-il pas possible que cette pneumonie, d'ailleurs bien différente de la pneumonie lobulaire, fût le résultat de la présence du pus dans le tissu du corps caverneux. Dans des cas analogues, nous avons trouvé des abcès multiples dans le foie et dans la rate. Du pus dans le corps caverneux de la verge ou dans le tissu caverneux du canal de l'urètre, n'est-ce pas du pus dans le système veineux capillaire; et si des adhérences ne le circonscrivent pas immédiatement, ce pus ne pénètre-t-il pas de suite dans le torrent de la circulation, pour se déposer dans le système capillaire des poumons, du foie, d'où les phlébites secondaires, les abcès multiples des viscères?

Prostate divisée en lobules proéminens dans la vessie et dans le canal de l'urètre. — Incontinence d'urine suivie de rétention. — Calcul mûral. — Hypertrophie de la vessie. (1)

Un vieillard de 70 ans, entra, le 20 octobre 1834, dans les salles de chirurgie de l'hospice de Bicêtre pour y être traité d'une rétention d'urine. Cette rétention avait succédé à une incontinence habituelle, sur l'origine de laquelle le malade n'a donné aucun renseignement. On lui mit, sans la moindre difficulté, une sonde à demeure qui fut maintenue pendant quinze jours. Au bout de ce temps on la retira; car on s'aperçut que l'urine s'écoulait entre la sonde et le canal, lors même que le bec de la sonde était sorti de la vessie. L'incontinence reparut.

Cependant l'état général du malade s'altéra : perte de

(1) Observation et pièce pathologiques communiquées à la Société anatomique par M. Mercier, alors interne, à Bicêtre, dans le service de M. Murat.

l'appétit; diminution des forces, et bientôt état adynamique très prononcé. Tous les matins on sondait ce malade, et à chaque fois on évacuait une très petite quantité d'urine purulente excessivement fétide. La sonde d'argent était retirée fortement noircie près de son bec, et en outre teinte de sang, quelque précaution que l'on mît à le sonder, et bien qu'on n'éprouvât jamais la moindre difficulté.

Le 10 novembre, il se manifeste à l'union du scrotum avec la verge une tuméfaction qu'à sa couleur livide on présume être produite par un abcès urineux : une pression exercée sur cette tumeur détermina en effet l'écoulement par l'urètre d'une assez grande quantité de pus. La mort eut lieu le 14 novembre.

Ouverture du cadavre. — La vessie contenait une petite quantité d'urine purulente et un calcul mûral gros comme une forte noix. Sa capacité était beaucoup plus considérable qu'elle n'a coutume de l'être en pareil cas.

Ses parois étaient considérablement hypertrophiées. L'hypertrophie n'avait nullement porté sur la tunique muqueuse, qui avait sa ténuité accoutumée, mais bien sur la tunique musculeuse, laquelle formait une couche épaisse, et sur la couche graisseuse qui formait une couche épaisse intermédiaire au péritoine et à la tunique musculeuse. Une pseudo-membrane mamelonnée tapissait la surface interne de la vessie dans toute son étendue.

Indépendamment de l'hypertrophie de la vessie, de l'épaisseur si considérable de la couche musculeuse et de la couche graisseuse, de la saillie des colonnes charnues et des petites poches ou cellules qu'elles interceptent, on voyait parfaitement la disposition lobuleuse de la prostate, ses lobules faisant suite au veru montanum qui est très développé.

La prostate formait un cylindre complet autour du canal de l'urètre. Et même, par une disposition bien peu fréquente, la prostate manquait en partie à la moitié inférieure de ce canal, ou plutôt elle était remplacée par les lobules décrits, tandis qu'elle était très épaisse autour de la moitié supérieure du canal.

Quant aux autres détails de l'autopsie, le tissu propre des reins était sain. La surface interne des calices était livide et tapissée par une couche purulente. Les testicules étaient sains, à l'exception de la tête de l'épididyme de l'un d'eux, où l'on trouvait un petit kyste purulent.

Les vésicules séminales étaient distendues par une matière purulente : la paroi inférieure du canal de l'urètre présentait une perte de substance assez considérable au niveau de la partie antérieure du scrotum, juste au niveau du ligament supérieur de la verge.

Réflexions. — 1° L'hypertrophie de la membrane musculeuse de la vessie, jointe à la capacité de ce réservoir, me paraît établir que l'incontinence d'urine dont ce malade était depuis long-temps affecté, n'était autre chose qu'une rétention d'urine avec regorgement. Je ferai remarquer l'hypertrophie de la couche graisseuse sous-péritonéale qui semble établir que la vessie était restée pendant long-temps immobile, laissant échapper l'urine à mesure qu'elle la recevait et dans la même proportion.

2° L'existence d'un calcul urinaire ou de plusieurs calculs dans les maladies de la prostate est un fait très fréquemment observé, et mérite d'entrer en ligne de compte dans les diverses méthodes de traitement de ces maladies : il faut savoir aussi que, dans ce cas, les calculs échappent souvent à la sonde exploratrice ; laquelle est éloignée du bas-fond de la

vessie, siège ordinaire des calculs, par les lobules qui occupent presque toujours la partie inférieure de l'orifice vésical de l'urètre. Cependant une sonde fortement courbée près de son bec de manière à former une sorte de coude, telles que celles imaginées par MM. Leroy et Mercier pour l'exploration de ces lobules, permettrait aisément de reconnaître leur présence. Il suffit de diriger la concavité de l'instrument en bas et en arrière. Le lobule est embrassé dans cette concavité, et le bec de la sonde va frapper contre tous les corps étrangers situés derrière lui.

3° La disposition lobuleuse de la prostate, les sillons qui séparent ces lobules expliquent la rétention d'urine et l'incontinence lorsque, par suite de cette rétention, les lobules proéminens dans l'intérieur de la vessie étaient écartés les uns des autres, la facilité du cathétérisme, le bec de la sonde suivant les sillons de séparation des lobules et ne venant pas butter contre la soupape unique que forme si souvent le lobe moyen prostatique hypertrophié.

4° La moitié inférieure de la prostate était divisée en lobules inégaux : c'était une sorte de décomposition de la prostate ; il n'y avait donc pas absence de la moitié inférieure de la prostate, mais bien séparation de ses lobules et proéminence de ces lobules dans l'intérieur de la vessie. Quant à la présence d'une couche prostatique épaisse autour de la moitié supérieure du canal de l'urètre, c'est un fait constaté par un certain nombre d'observations. Il ne serait pas impossible que l'hypertrophie des lobules de la partie inférieure fît, en quelque sorte, refluer vers la moitié supérieure une partie des grains glanduleux de la moitié inférieure de la circonférence.

J'ai pu constater, sur ce cas comme sur un grand nombre

d'autres, que la prostate est contenue entre deux plans musculeux, prolongemens du plan musculeux de la vessie, l'un externe très épais, l'autre interne très mince, ce dernier intermédiaire à la membrane muqueuse et au tissu propre de la prostate; qu'en outre, la prostate est elle-même traversée par des fibres musculaires qui sont encore le prolongement de la couche musculaire de la vessie. L'épaisseur de la couche musculeuse prostatique externe et la ténuité de la couche musculeuse prostatique interne expliquent pourquoi, dans l'hypertrophie de la prostate, les lobules proéminent constamment à l'intérieur de la vessie et jamais à l'extérieur de cet organe.

Les hypertrophies de la prostate se divisent en hypertrophies générales et en hypertrophies partielles ou lobulaires: celles-ci peuvent coexister avec l'atrophie des autres parties de la prostate.

L'absence de prostate autour de la moitié inférieure du canal de l'urètre, et par conséquent dans l'épaisseur de la cloison urétro-rectale, pourrait avoir des conséquences graves dans l'opération de la taille latéralisée; car c'est par la résistance de la prostate qu'est limitée la déchirure qu'entraîne la sortie des calculs volumineux.

5° Quant à la destruction des parois de l'urètre et à l'infiltration urineuse, qui en a été la conséquence, elle est un effet de la présence d'une sonde dans le canal. La perforation avait lieu au niveau de la concavité de la seconde courbure de l'urètre, et pourtant c'était une sonde de gomme élastique.

6° Un fait clinique assez important, c'est que je n'ai pas encore vu l'hypertrophie partielle ou complète de la prostate coïncider avec le rétrécissement du canal du l'urètre. Il y a même plus: le rétrécissement de la partie membraneuse du

canal de l'urètre est presque toujours accompagné d'une atrophie plus ou moins complète de la prostate, et cette atrophie est souvent la suite d'une inflammation chronique de cet organe. Les deux faits suivans viennent à l'appui de cette proposition.

Atrophie de la prostate convertie en une poche biloculaire. — Rétrécissement fibreux du canal de l'urètre.

Sur un sujet, j'ai trouvé un rétrécissement du canal de l'urètre occupant le bulbe et la partie attenante de la portion membraneuse. Ce rétrécissement était fibreux et avait de 8 à 9 lignes d'étendue. Au centre du rétrécissement, la transformation fibreuse avait lieu et aux dépens de la membrane muqueuse et aux dépens du tissu spongieux de l'urètre; aux limites, elle n'avait envahi que la muqueuse, le tissu spongieux avait été respecté. Le rétrécissement et la partie voisine du canal de l'urètre représentaient deux cônes adossés par leur sommet. La portion du canal qui était intermédiaire à la vessie et au rétrécissement était notablement dilatée. Le veru montanum était très développé et présentait un renflement considérable, duquel partaient de petites brides qui allaient, d'une autre part, se rendre en divergeant au col de la vessie. Si on comprimait la portion prostatique du canal, on faisait suinter par les ouvertures du veru montanum, non moins que par d'autres ouvertures situées sur tous les points de la circonférence du canal, une certaine quantité de matière purulente.

La prostate, volumineuse en apparence, était convertie en une poche purulente divisée en deux parties par une cloison incomplète : cette poche était traversée par une multitude de petites colonnes qui s'entre-croisaient et qui étaient

probablement et les vaisseaux et les conduits excréteurs de cet organe glanduleux. Cette poche se vidait dans le canal de l'urètre par les orifices des conduits éjaculateurs et par plusieurs des orifices des conduits prostatiques situés de chaque côté du veru montanum.

La vessie était petite, considérablement hypertrophiée. Ses parois avaient de 4 à 5 lignes d'épaisseur. Le trigone était constitué par une sorte de croissant à concavité postérieure. Derrière ce trigone la vessie formait un cul-de-sac assez profond. La vessie était à colonnes et à cellules : aucune des cellules ne contenait de calculs.

Dans le cas suivant, que je dois à l'obligeance de M. Michon, derrière la stricture urétrale, la prostate était convertie en une poche, espèce de vessie supplémentaire communiquant avec le canal de l'urètre par une large ouverture : cette poche contenait un calcul urinaire de phosphate ammoniaco-magnésien.

Prostate convertie en un kyste rempli par un calcul urinaire.

Un malade entre à l'hôpital pour une rétention d'urine : ce liquide suinte goutte à goutte. Le malade fait remonter la rétention d'urine à plusieurs années, et la rapporte à une chute sur le périnée. Le cathétérisme est impossible. On hésite si l'on pratiquera la ponction hypogastrique; mais on s'en abstient parce qu'on ne sent pas la vessie au-dessus du pubis. La percussion de l'hypogastre donne un son intestinal. Frisson, hoquets; mort.

Ouverture du cadavre.—Vessie peu développée, à parois très épaisses ; gangrène de la paroi postérieure de cet organe, à l'exception du péritoine, qui avait été respecté; un calcul blanc proéminait dans le canal de l'urètre immédiatement

au-devant de l'orifice vésical. Ce calcul occupait une poche subjacente à la vessie. Cette poche était formée par la prostate, qui avait perdu tous ses attributs de glande pour revêtir ceux d'un kyste à parois fort épaisses. Le canal du l'urètre était interrompu par un rétrécissement qui occupait le niveau de la symphyse du pubis, et par conséquent la partie membraneuse de ce canal. Il nous fut impossible de découvrir, à l'aide d'un stylet, le pertuis par lequel l'urine suintait goutte à goutte du vivant du malade. A ce niveau, le canal de l'urètre était transformé en un cordon fibreux extrêmement dense. Par suite de la rétention d'urine, les deux uretères, surtout celui du côté droit, étaient très dilatés et flexueux; le bassinet et les calices étaient également très distendus et la substance des reins atrophiée.

Le corps du testicule droit présente des tubercules disséminés au milieu d'un tissu sain. L'épididyme est infiltré de matière tuberculeuse à tel point que son tissu est méconnaissable. Un abcès occupait la tête de cet organe.

Réflexions. — Ainsi, rétrécissement de la partie membraneuse du canal de l'urètre; rétention d'urine; calcul qui s'est creusé une poche aux dépens de la prostate. L'introduction du doigt dans le rectum aurait fait diagnostiquer une tumeur qu'on aurait prise pour la prostate engorgée. S'il eût été possible de diagnostiquer la présence du calcul, rien de plus facile que d'en faire l'extraction par le rectum.

La dilatation du rectum, l'hypertrophie de la vessie, l'atrophie des reins, l'état tuberculeux du testicule, sont probablement la suite d'une même cause, le rétrécissement du canal de l'urètre.

Stricture circulaire à trois pouces du méat urinaire. — Distension énorme de la vessie.

M. Bérard aîné a présenté à la Société anatomique une vessie énormément dilatée, dont le sommet atteignait l'ombilic. Pour cause de cette distension, nous avons vu une stricture tout-à-fait circulaire, située à trois pouces du méat urinaire. Le bas-fond de la vessie présentait une foule de petites granulations semblables à des grains de mil : ces granulations ne sont autre chose que des follicules muqueux invisibles dans l'état sain de cet organe.

Oblitération complète du canal de l'urètre au-devant des bourses. — Plusieurs fistules. — Eschare gangréneuse formée par la membrane interne de la vessie.

M. Bosc a présenté à la Société anatomique les voies urinaires d'un individu dont le canal était complètement oblitéré au-devant des bourses : cette oblitération, qui consistait dans une transformation fibreuse de ce canal, s'accompagnait de plusieurs fistules urinaires. La vessie dilatée présentait trois perforations obturées par des intestins adhérens. Ce qui est plus remarquable, c'est l'existence d'une eschare contenue dans la vessie et ayant la forme de la face interne de laquelle elle s'était détachée. Une discussion s'est élevée, relativement à cette eschare. Plusieurs membres ont pensé que c'était une fausse membrane ; quant à moi, j'ai été convaincu que c'était une eschare. (1)

(1) Ce n'est pas la première fois que je vois des eschares soit de la vessie, soit de l'arrière-bouche, soit de l'intestin pris pour des fausses membranes : l'anatomie pathologique, en faisant connaître les fausses membranes, a relevé une grande erreur des anciens, qui prenaient toutes les fausses membranes des muqueuses pour des eschares, mais elle n'en admet pas moins l'existence

Infiltration urineuse des bourses par rétrécissement fibreux situé au niveau du bulbe de l'urètre. — Calculs urinaires logés dans les follicules muqueux de ce canal.

Un individu entra dans un hôpital avec une infiltration urineuse considérable des bourses. Incisions profondes. Tentatives infructueuses du cathétérisme avec des sondes coniques. Mort. Voici ce que j'ai constaté : Au niveau du bulbe et de la portion spongieuse, rétrécissement fibreux d'un pouce de long. Dilatation considérable du canal entre le rétrécissement et la vessie. Derrière le rétrécissement, trois calculs urinaires adhérens, et, à ma grande surprise, je vis que cette adhérence était le résultat de l'enchatonnement de ces calculs dans autant de follicules muqueux. Le col de la vessie présentait une saillie demi circulaire, espèce de valvule qui occupait la moitié inférieure de ce col, et derrière laquelle se voyait un cul-de-sac.

La surface interne de la vessie présentait l'aspect réticulé de la surface interne du cœur. On y voyait un grand nombre de cellules à orifice très étroit, multiloculaires. Le tissu adipeux sous-péritonéal formait une couche extrêmement épaisse.

J'ai rencontré un autre cas de calculs urinaires engagés dans les follicules muqueux de l'urètre : c'est une cause de rétention d'urine qui vient s'ajouter au rétrécissement. Quant à la question de savoir si de petits graviers ou calculs peuvent s'enchatonner ainsi, indépendamment de tout rétrécissement, je suis porté à croire que la chose est impossible.

d'eschares des membranes muqueuses, l'angine gangréneuse de Fothergill et de Huxham, aussi bien que l'angine couenneuse si bien décrite par M. Bretonneau.

Rétrécissement du canal. — Fistules. — Calculs urétraux et prostatiques.

M. Thomas a présenté à la Société anatomique, le 13 novembre 1829, les voies urinaires d'un individu affecté de rétention d'urine depuis vingt ans, et qui parvenait à uriner assez bien en introduisant une grosse bougie jusqu'à la partie moyenne de la verge. Cet individu, qui n'avait pas d'enfans, ayant entendu dire qu'il en aurait probablement s'il se faisait guérir de son rétrécissement, se décida à entrer dans un hôpital. Une sonde ordinaire n'ayant pas pu arriver jusque dans la vessie, on eut recours à une sonde conique, à l'aide de laquelle on pénétra très profondément; on crut être arrivé jusque dans la vessie, mais on n'obtint que du sang. Le malade fut pris le lendemain d'un œdème de la glotte; on ne se décida à la trachéotomie que quarante-huit heures après l'invasion; mort une heure après l'opération.

A l'ouverture, obturation du larynx par la tuméfaction œdémateuse de la muqueuse de cet organe.

Canal de l'urètre sain dans la moitié de sa longueur, à partir du méat urinaire. Du milieu de la longueur de ce canal partaient deux trajets : l'un gangréneux, qui paraissait conduire directement dans la vessie, il contenait un calcul assez considérable creusé d'une gouttière et plusieurs petits calculs ; l'autre trajet à parois denses, fibreuses, blanchâtres. Ce canal ne conduisait pas directement dans la vessie, mais il aboutissait à une poche très considérable creusée dans l'épaisseur de la prostate et remplie de calculs : cette poche prostatique, qui communiquait avec la vessie, était divisée en deux cavités séparées par une cloison incomplète : l'une de ces cavités appartenait au lobe droit, l'autre appartenait au lobe gauche de la prostate.

bulles sont constituées par l'épiderme soulevé. Si la vessie était pourvue de papilles ou villosités comme l'intestin grêle, je n'hésiterais pas à dire que ces vésicules sont formées par le développement des villosités, dont elles constitueraient une sorte d'hypertrophie. Les circonstances au milieu desquelles elles se développent militeraient en faveur de l'hypertrophie : car elles attestent que la muqueuse a dû être, par voie de continuité de tissu, le siège d'une fluxion sanguine considérable. Dans le cancer du col utérin, le bas-fond de la vessie, qui est adhérent aux parties malades, participe à la dégénération, et l'on conçoit qu'avant de subir cette dégénération, la muqueuse doive passer par plusieurs modes d'irritation dont l'hypertrophie est le premier degré. Il n'est d'ailleurs pas rare de rencontrer sur la même vessie une multitude de vésicules à côté d'une portion de muqueuse vésicale dégénérée.

REMARQUES SUR LA NATURE ET LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉRYSIPÈLE.

Par M. A. Velpeau.

L'hémorrhagie et la gangrène qui ont tant occupé, tant effrayé les malades et les médecins d'autrefois, sont, grâce aux progrès des sciences, gârce aux ressources de l'art, rarement inquiétantes aujourd'hui. Il n'en est pas de même, malheureusement, de certaines inflammations, de la *purulence*, qui compliquent si souvent, au point de les rendre dangereuses si ce n'est inévitablement mortelles, les plaies, les blessures de toutes sortes, et les différentes opérations chirurgicales. Parmi les inflammations qu'il importerait de

savoir prévenir ou éteindre, l'érysipèle doit incontestablement être placé en première ligne. C'est lui en effet qui, se montrant à l'occasion de la plus légère égratignure comme à la suite des plus grandes opérations, oblige à tant de réserve dans le pronostic des blessures, qui vient si fréquemment troubler la joie des opérés et la sécurité du chirurgien.

Les recherches que j'ai dès long-temps entreprises pour apprécier la véritable nature et la thérapeutique de ce fâcheux accident, m'ont conduit à quelques résultats dont je crois devoir dire un mot aujourd'hui.

Ayant constaté que des inflammations fort diverses, sous le rapport du siège, des causes, de la marche, du danger, du traitement ont été, sont encore journellement confondues dans la pratique sous le titre d'*érysipèle*, j'ai dû m'efforcer avant tout de bien préciser les caractères propres à chacune de ces inflammations. En procédant de la sorte, je suis arrivé à séparer complètement, à l'aide de signes positifs, la *phlébite* ou inflammation des veines, le *phlegmon diffus* ou inflammation du tissu cellulaire, et l'*angioleucite* ou inflammation des vaisseaux lymphatiques, de l'érysipèle proprement dit, à établir que ces quatre phlegmasies, quoique susceptibles de se confondre, de se combiner, n'en sont pas moins parfaitement distinctes du commencement à la fin. Ce que j'ai dit ailleurs de la phlébite et du phlegmon diffus (*Rev. méd.*, 1829, t. II, p. 390), le Mémoire que j'ai publié sur l'angioleucite en 1835 (*Arch. gén. de méd.*, t. VIII, 2e sér., p. 129-308) me dispense d'y revenir en ce moment. Le contenu de la présente note doit donc s'entendre exclusivement de l'érysipèle, de l'*érysipèle proprement dit*.

Une piqûre de sangsue, un vésicatoire, un cautère, une moucheture, l'enlèvement, la cautérisation d'un tubercule

de la tête, de l'épaule, de la main, une incision quelconque, peuvent occasionner un érysipèle. Dans les grands hôpitaux où elle règne presque sans interruption, avec des recrudescences souvent épidémiques, cette maladie est une véritable peste. Je tiens du chirurgien des stations anglaises au Brésil, que les ravages causés par l'érysipèle dans ces contrées ne sont pas moins désolans que parmi nous. J'ai reçu en 1838, de l'administration des hôpitaux de Boston, une lettre insérée par extrait dans la *Gazette médicale* (1838, p. 496) et qui avait pour but de provoquer en Europe de nouvelles recherches, d'obtenir, de France et d'Angleterre, un remède qui pût débarrasser l'humanité de ce fléau dévastateur.

§ 1. *Nature et marche de l'érysipèle.*

Les expériences que j'ai faites, les observations que j'ai recueillies depuis 25 ans m'autorisent à établir, entre autres faits, sur cette double question :

1° Que, pris au point de vue chirurgical, l'érysipèle a sa *cause prédisposante* dans les inflammations extérieures, atmosphériques ou météorologiques, bien plus que dans l'état de santé ou de constitution générale du malade ;

2° Qu'il reconnaît presque toujours, comme *cause déterminante* ou occasionnelle, une blessure, un état croûteux, une irritation quelconque d'un point de l'enveloppe tégumentaire ;

3° Que sa *cause efficiente* est en général une matière venant du dehors, ou de tissus dénaturés, et se mêlant aux fluides de la région malade, secondairement ou de prime abord ;

4° Que les fluides ainsi altérés produisent deux ordres de phénomènes morbides, des phénomènes généraux et des

phénomènes locaux, les premiers avant les seconds quand il y a d'abord passage des fluides dans le torrent général de la circulation, les deuxièmes avant les premiers si l'altération ne se fait que par imbibition ;

5° Que dans la peau malade, enflammée, les fluides, dénaturés par l'élément morbifique, ne semblent circuler, avancer que par *endosmose*; bien que, marchant de proche en proche, gagnant en surface et non en profondeur, l'érysipèle s'étale sur le derme ou dans le derme, à la manière de l'huile sur un plan ;

7° Qu'une grande proportion de la matière morbifique reste jusqu'à la fin sous l'épiderme ou dans le tissu cutané, mêlée au sang dans la plaque organique enflammée ;

8° Que la totalité d'un érysipèle est à-peu-près constamment formée de plusieurs petits érysipèles successifs ;

9° Qu'une plaque d'érysipèle isolée s'éteint en général d'elle-même, au bout de quatre à six ou huit jours ;

10° Que la durée de tout le mal est rendue ainsi très variable en raison du nombre de plaques érysipélateuses qui se succèdent, ou qui s'ajoutent les unes aux autres ;

11° Que les remèdes, soit internes, soit externes, capables de dissiper un pareil mal, doivent tendre surtout à modifier le sang.

§ 2. *Thérapeutique de l'érysipèle.*

Je n'ai de résultats concluans, jusqu'ici, que sur les médications externes. Les érysipèles soumis à mon examen sont au nombre de plus de mille, puisque j'en vois au moins soixante à l'hôpital seulement chaque année, mais je n'ai tenu note exacte que de quatre cents.

Depuis que je ne confond plus l'érysipèle avec les autres inflammations, vingt-cinq malades en ont été traités par *la*

compression : tous ont gardé leur érysipèle de six, huit à vingt jours. La rougeur diminuait sous le bandage, mais sans cesser d'être mordicante, douloureuse sur les points comprimés.

L'inflammation a continué de s'étaler; si j'ai cru le contraire autrefois, c'est que je confondais, comme tout le monde, l'érysipèle véritable avec les autres inflammations signalées plus haut.

J'ai essayé trente-trois fois *le vésicatoire volant*, seize fois sur le centre de l'érysipèle, cinq fois en en couvrant et au-delà toute la partie rouge, douze fois sur les confins des régions malades; jamais la durée commune du mal n'a été sensiblement abrégée par ce remède, qui ne réussit véritablement que dans certains cas d'érysipèle phlegmoneux ou d'angioleucite.

L'*azotate d'argent*, que j'ai employé sur trente malades, soit en nature, soit en solution concentrée, en l'étalant, tantôt à la surface, tantôt sur le contour seulement de l'érysipèle, ne m'a pas donné de résultats plus satisfaisans.

Je n'ai tenté que deux fois la cautérisation avec *le fer rouge*, d'après les préceptes de M. Larrey.

Deux cents de mes malades ont été soumis à l'usage de l'*onguent napolitain* que j'appliquais à la péritonite dès 1825, et dont une foule de praticiens se sont tant loués depuis. En 1831, 1832, je crus un instant que ce moyen avait réellement une certaine efficacité, mais ce n'était qu'une illusion. *L'onguent mercuriel ne guérit pas, n'arrête pas l'érysipèle.* Il en abrège quelquefois la durée d'un jour ou deux, et le rend peut-être un peu moins douloureux. Voilà uniquement pourquoi je l'ai si souvent mis en usage, pourquoi je m'en sers encore dans certains cas, même depuis que j'ai essayé le topique dont je parlerai à la fin de cette

note, pourquoi la pratique l'eût sans doute conservé, s'il n'avait pas d'ailleurs le triple inconvénient de répugner singulièrement à la plupart des malades, d'exposer aux dangers de la salivation et de gâter sans retour tous les linges qu'il touche.

Ayant employé comparativement en frictions l'*axonge* pure et fraîche, sur vingt-trois malades, j'ai vu qu'elle adoucissait un peu l'érysipèle, sans en ralentir sensiblement la marche, et qu'au total elle avait encore moins d'efficacité que l'onguent mercuriel, dont elle n'a, du reste, aucun des inconvéniens.

J'ai fait douze essais avec une pommade composée de 4 grammes de *précipité blanc*, par 30 grammes de graisse, et la maladie a paru être plutôt aggravée qu'amoindrie.

De l'*acide sulfurique*, largement étendu d'eau, employé en lotion, sur dix malades n'a rien produit de notable.

Essayé de la même façon dans dix autres cas, l'*acide chlorhydrique* ne m'a rien donné de plus satisfaisant.

Il en a été de même de l'*acide citrique*, de l'*acide tartrique*, de l'*oxycrat*, de l'*eau salée*, ou solution de chlorure de sodium dans six cas pour chacune de ces substances.

On avait aussi parlé du *nitrate, acide de mercure*. J'y ai eu recours six fois seulement, trois fois en lotion, après l'avoir considérablement étendu d'eau, et trois fois à titre de caustique léger sur le contour de l'érysipèle. Il n'en est rien résulté d'utile.

Je n'ai pas été plus heureux avec le *camphre*, avec les *mouchetures*.

Désespéré, découragé, j'avais renoncé à tous mes essais, bien décidé à les taire, si ce n'est dans mes leçons cliniques, afin de ne pas troubler la confiance des praticiens qui croient

encore qu'on arrête l'érysipèle véritable avec le vésicatoire, l'azotate d'argent, longuent mercuriel ou l'axonge, lorsque les modifications imprimées au sang par les préparations de fer me sont revenues à la pensée.

§ 3. *Topique spécial.*

Partant de l'idée que, dans l'érysipèle, les tissus enflammés sont imbibés de sang, de fluides dénaturés, je me suis demandé si des topiques ferrugineux n'offriraient pas quelques chances de succès dans une maladie aussi superficiellement placée. C'est au sulfate de fer que je me suis d'abord adressé sous ce rapport. En solution je l'ai employé à la dose de 30 grammes par litre d'eau ; en pommade j'en ai mis 8 grammes par 30 grammes de graisse, après avoir tenté des proportions plus faibles ou plus fortes. Or, voici en quelques mots ce qui est arrivé chez quarante malades :

1° Homme dans la force de l'âge, varices opérées, ulcère sur le devant de la jambe, vingt-quatre heures de fièvre, érysipèle large comme la main autour de l'ulcère depuis 12 heures : linges imbibés de solution de sulfate de fer. Le lendemain la rougeur s'éteint, le jour suivant l'érysipèle est guéri.

2° Homme de quarante ans, érysipèle au visage depuis la veille : solution ferrug., guéri le surlendemain.

3° Jeune homme, énorme plaie de tête depuis dix jours, fièvre, puis érysipèle qui comprend le front, le nez, les paupières, les joues et la lèvre supérieure : solut. ferrug. Dès le lendemain la rougeur pâlit et les surfaces se plissent, plus d'érysipèle le troisième jour.

4° Un vaste érysipèle se déclare à la cuisse et à la hanche, au dessous et au-dessus d'un énorme abcès froid, chez un vieillard : solut. ferrug. le premier jour. L'inflammation est éteinte dès le lendemain.

5° Homme de trente-deux ans : érysipèle qui n'occupe encore que le côté droit du visage : au deuxième jour, solut. ferrug.; le troisième jour, la première plaque se ride, on oublie la solut.; quatrième jour, le nez, les paupières et le front sont pris : solut.; cinquième jour, les plaques de la veille disparaissent, mais la joue et l'oreille gauche sont envahies : solut.; sixième jour, tout est fini, le malade n'a pas cessé de manger la demie.

6°, 7°, 8°. Trois femmes ont exactement offert les mêmes particularités.

9°, 10°, 11°. Il en a été de même encore d'un érysipèle développé au cou d'un homme auquel j'avais lié l'artère carotide; d'un garçon dont l'érysipèle occupait le bras et l'épaule, puis d'un homme qui en avait un à la cuisse.

12°, 13°, 14°. Un érysipèle datant d'un, de deux et de trois jours, et occupant la moitié inférieure de la jambe avec quelques caractères d'angioleucite superficiels, a disparu en vingt-quatre heures sous l'influence de la solution ferrug. chez trois jeunes gens.

15°, 16°. Hom.—Abcès au pouce.—Angioleucite à l'avant-bras. — Solut. ferr. — Le deuxième jour, plus de roug. à l'avant-bras. — Troisième jour après, érysipèle au bras et à l'épaule. — Eruption rubéolique à la poitrine. — Solut. ferrugin. — Le lendemain, il n'y a de rougeur que sur les points qui n'ont pas été couverts par les compresses médicamenteuses.

17°, 18°. Un érythème intense, suite ou effet de larges brûlures à la main dans un cas, au pied dans un autre, chez deux femmes, traité par la solut. ferrug., a disparu en 24 heures.

19°, 20°, 21°, 22°. Chez quatre autres malades, l'érysipèle s'est également éteint sur-le-champ, mais comme il exis-

tait déjà depuis plusieurs jours, je n'ose pas dire que la solution de sulfate de fer y ait eu une grande part.

23°, 24°. Chez une femme récemment opérée d'une tumeur au sein, et chez un homme affecté de varice aux jambes, il s'est développé après quatre jours de prodromes inquiétans, un vaste érysipèle sur le thorax, dans le premier cas, à la tête dans le second; ici l'inflammation s'est maintenue sept jours, a même reparu le douzième, après de nouveaux prodromes chez l'homme; mais c'est que l'érysipèle, partant d'un point, s'est graduellement porté sur la presque totalité de la tête, de la poitrine, du cou et des bras.

Chez ces malades comme chez les autres, les plaques nouvelles d'érysipèle n'ont jamais duré que un ou deux jours. J'ajouterai que, moins efficace, mais d'un emploi plus commode que la solution quand il faut en couvrir de larges surfaces au tronc, la pommade a été préférée dans ces deux cas. Tout s'est passé de la même manière dans les seize autres cas.

A moins donc que de nombreuses et singulières coïncidences soient venues m'en imposer cette fois, comme il est arrivé déjà si souvent à d'autres, il y a réellement lieu de croire à l'efficacité du sulfate de fer en topique contre l'érysipèle. Dans aucun cas, la même plaque enflammée n'a résisté plus de vingt-quatre ou quarante-huit heures à ce moyen. Il est seulement étrange que l'érysipèle ambulant, éteint à son point de départ, n'en continue pas moins de se développer ainsi traité, même sur des régions déjà enduites et imbibées de la préparation de fer. Est-ce que ce remède serait, à l'instar de tant d'autres, curatif et non préservatif? Est-ce que, pour être modifiée, l'inflammation aurait besoin d'être complètement établie? Les recherches auxquelles je continue de me livrer nous l'apprendront peut-être.

Poussant plus loin mes essais, j'ai tenté aussi l'usage du sulfate de fer dans le traitement de quelques autres inflammations, l'angioleucite, l'érythème, le phlegmon, la phlébite, quelques cas de rhumatisme aigu, par exemple; je l'ai aussi donné à l'intérieur dans le but de combattre l'infection du sang en général, d'atteindre la cause interne du mal dans l'érysipèle, mais je n'ai encore rien obtenu de bien concluant en sa faveur sous ce rapport.

Mode d'application du topique ferrugineux.

D'un emploi plus facile à la tête, au cou, au tronc tout entier, la pommade devrait être préférée à la solution si elle n'était pas un peu moins efficace; quand on est forcé de s'en servir, il importe au moins de la faire préparer par trituration, que le sel ferrugineux ait été porphyrisé pour se bien mêler à la graisse; qu'elle soit parfaitement homogène, et ne donne point la sensation de sable aux doigts qui la frottent entre leur pulpe; on en étale largement, par onction ou par friction, trois fois le jour, sur la totalité de l'érysipèle et un peu au-delà. La solution est employée en lotions à l'aide de compresses qu'on en imbibe toutes les six heures, et qu'on fixe sur la partie malade au moyen d'une bande. L'essentiel est que la peau en soit continuellement mouillée.

L'action antiphlogistique du sulfate de fer n'a manqué dans aucun des cas d'érysipèle où je l'ai mis en pratique jusqu'ici; mais ce médicament rouille le linge à un très haut degré, et c'est un inconvénient sérieux dans les hôpitaux, où l'économie doit, autant que possible, marcher de pair avec les perfectionnemens de la thérapeutique. Divers réactifs chimiques auxquels j'avais songé, les essais auxquels M. Quévenne, pharmacien en chef de l'hôpital, s'est livré à ma

prière, n'ont point enlevé cette couleur désagréable, comme je l'espérais, sans altérer en même temps la toile qui en était imprégnée. Une solution de sulfure de potasse, imaginée par M. Félix d'Arcet, réussit assez bien, mais son odeur est trop désagréable pour en permettre facilement l'adoption. Peut-être d'autres recherches produiront-elles quelque chose de plus satisfaisant.

Lorsqu'une dissolution de sulfate de protoxide de fer reste exposée à l'air, dit M. Quevenne, elle ne tarde pas à se décomposer; une portion de sa base absorbe peu-à-peu l'oxigène de l'air et passe à l'état de peroxide; mais comme une base quelconque exige d'autant plus d'acide pour se saturer et constituer un sel neutre qu'elle est plus oxigénée, il résulte de cette loi, dans le cas dont il s'agit, que la quantité d'acide sulfurique primitivement existante pour constituer le protosulfate neutre, devient insuffisante pour saturer complètement la base en partie suroxidée: de là de nouvelles modifications dans l'arrangement des élémens du sel. L'acide sulfurique se sépare en deux portions, dont l'une reste en dissolution combinée à du protoxide et à du peroxide et formant ainsi un sel double de ces bases, qui reste en dissolution dans la liqueur et la colore en rougeâtre; l'autre portion d'acide sulfurique, beaucoup plus faible que la précédente, s'unit à un grand excès de peroxide pour constituer un sulfate de fer sous-basique, qui se précipite sous forme d'une poudre jaunâtre insoluble.

Telle est très vraisemblablement la marche que suit la décomposition du protosulfate de fer employé à l'état de dissolution aqueuse à faire des pansemens: la poudre de sulfate de fer-basique, se précipite sur la fibre végétale à laquelle elle n'adhère pas seulement, mais avec laquelle elle forme

une véritable combinaison. Il faut encore remarquer que cette précipitation se trouve favorisée par la proportion plus ou moins grande d'alcali de lessive que retient le linge, laquelle peut mettre à nu une certaine quantité d'oxide de fer qui se combine également avec le tissu organique.

Cette combinaison est si intime et si tenace quand le linge est fortement coloré, que, pour enlever le fer, on est obligé d'employer de l'eau acidulée avec $\frac{1}{200}$ d'acide sulfurique et de favoriser la réaction au moyen de l'ébullition long-temps continuée; mais pendant cette opération le tissu est lui-même fortement altéré et il a perdu ensuite beaucoup de sa solidité. Cependant les portions qui ne sont pas fortement rouillées peuvent être blanchies en les faisant bouillir dans de l'eau contenant $\frac{1}{100}$ d'acide sulfurique; dans ce dernier cas le liquide ne paraît pas avoir perdu de sa solidité.

En attendant je me suis adressé à d'autres préparations de fer. J'ai songé au citrate, au lactate, au carbonate, au phosphate, pour en faire aussi une solution ou des pommades. M. Quevenne n'a trouvé que le tartrate qui fût tout à la fois peu dispendieux, très soluble et sans effet sur la couleur naturelle du linge; mais tout indique, malheureusement, que ce dernier sel ne jouit pas de la même efficacité que le sulfate contre les inflammations, contre l'érysipèle.

C'est donc au sulfate de fer seul qu'il faut s'en tenir pour le moment, en n'oubliant pas que mes expériences ne sont encore ni assez nombreuses ni assez variées pour être absolument concluantes, qu'une foule de points me restent à éclaircir, et que mon but, en les annonçant, est de solliciter le secours de la chimie autant que d'offrir un nouveau remède aux praticiens contre une maladie qui s'est constamment jouée de la thérapeutique jusqu'à présent.

DES ORGANES QUE L'ON RENCONTRE DANS LES HERNIES INGUINALES.

COMMENT ON DISTINGUE ENTRE ELLES LES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE HERNIES INGUINALES.

Par M. TENAIN, D. M. P.

Mon sujet se trouve tout naturellement divisé en deux parties. Dans la première, je passerai successivement en revue tous les organes qui peuvent se rencontrer dans les hernies inguinales : ainsi l'intestin grêle, l'épiploon, le cœcum, l'arc du colon, les portions ascendante et descendante du colon, l'S iliaque, l'appendice cœcal, la vessie, l'ovaire, la matrice, l'estomac, la rate et les appendices graisseux. La seconde partie sera consacrée au diagnostic, considéré : 1° sous le rapport des différentes espèces et variétés de hernies inguinales, 2° eu égard aux viscères qui les forment.

PREMIÈRE PARTIE.

Des organes que l'on rencontre dans les hernies inguinales.

§ 1. L'intestin grêle est la partie du tube digestif qui forme le plus souvent la hernie inguinale : il s'y rencontre seul dans l'immense majorité des cas, mais il peut aussi être accompagné de l'épiploon, et, par exception, de l'un des autres organes qu'il nous reste à examiner. L'entérocèle peut se montrer d'un seul ou des deux côtés à-la-fois : on a remarqué que l'intestin grêle sortait plus souvent du côté droit que du côté gauche, ce que M. J. Cloquet attribue à l'usage plus fréquent du bras droit, pendant les efforts duquel, le tronc s'inclinant du côté opposé, la conca-

vité du diaphragme regarde l'aine droite, et dirige les viscères vers ce point. Le mésentère étant oblique de gauche à droite, en serait la cause, selon M. Velpeau.

§ 2. L'épiploon sort tantôt seul, tantôt en même temps que l'intestin grêle, et, dans ce dernier cas, il apparaît au-devant de lui, conservant ainsi dans le sac herniaire la même disposition qu'il présentait dans la cavité abdomidale : du moins, c'est ce qui arrive ordinairement ; mais il s'en faut que cette règle soit constante. Une observation fort singulière, et qui mérite d'être connue parce qu'elle éclaire souvent le diagnostic, c'est la tendance de l'épiploon à sortir par l'anneau inguinal gauche. Arnaud, qui avait déjà noté cette particularité, assure que, sur vingt épiplocèles inguinales, il y en a dix-neuf du côté gauche. Cela tient-il, comme le veut M. Cayol (*Dict. des Sc. méd.*, t. III, p. 345), à ce que l'épiploon est situé un peu plus à gauche qu'à droite dans le ventre, et à ce que son bord gauche est plus épais, plus chargé de graisse que le droit ?

§ 3. Situé dans la fosse iliaque droite, le cœcum n'est tapissé par le péritoine qu'en avant, sur les côtés et en bas : en arrière, il en est totalement dépourvu, et se trouve adhérer au muscle psoas iliaque, par un tissu cellulaire d'une extrême laxité, qui se continue avec celui du canal inguinal. Telle est la disposition anatomique la plus ordinaire du cœcum. Mais il n'est point très rare de voir cet intestin présenter une enveloppe plus complète, qui, tout en le maintenant fixé dans la fosse iliaque droite, lui permet cependant de se porter dans des régions autres que celles qu'il a coutume d'occuper. Ainsi, Mauchart (*de Hern. incarc.* Dans Haller, *Disput. chirurg.*, t. III), Camper (*Demonst. anat.-pathol.*, lib. 2, p. 18), Bosc (*Animadv. de hern.*

situation de cette portion du gros intestin, la distance qui le sépare de l'ouverture du canal inguinal, ses rapports avec le grand épiploon, entre les deux feuillets duquel il se trouve maintenu, me semblent expliquer d'une manière satisfaisante comment il se fait que la présence de l'arc du colon est assez rare, du moins dans la hernie inguinale petite et récente. Dans les hernies anciennes et volumineuses, il est assez fréquent de l'y rencontrer. Son déplacement paraît impossible primitivement; sa sortie est toujours consécutive à celle des organes auxquels ils se trouve annexé. L'arc du colon concourait à former l'énorme oschéocèle dont M. Lawrence a donné la description (*Traité des hernies*, trad. franç.)

§ 5. Lorsque les portions lombaires droite ou gauche du colon, ou l'S iliaque, descendent dans le scrotum, elles sont accompagnées de leurs replis membraneux, qui les fixent à la partie postérieure du sac, comme ils les fixaient, avant leur sortie, à la place qu'elles occupaient dans l'abdomen. Le colon, soit ascendant, soit descendant, ne saurait se déplacer sans qu'auparavant le cœcum ou l'S iliaque ait été entraîné à l'extérieur; et comme ces différentes parties du gros intestin, en sortant par l'anneau, doivent nécessairement attirer après elles la portion du grand sac péritonéal à laquelle elles sont attachées, il en résulte une cavité séreuse consécutive, dans laquelle viennent souvent se loger l'intestin grêle et l'épiploon. Si donc les viscères déplacés en dernier lieu n'avaient contracté aucune adhérence avec le sac, une partie de la tumeur pourrait être réduite; mais il ne serait pas possible de faire rentrer le gros intestin, en raison de l'adhérence de sa face postérieure aux parois du sac herniaire.

§ 6. A l'égard de l'S iliaque, quelques faits sembleraient

autoriser à admettre qu'il peut éprouver, comme le cœcum, une déviation sur son axe, de manière à présenter sa face adhérente au côté interne des enveloppes herniaires. M. Velpeau (art. cité, p. 457), Lassus (*Pathol. chir.*, t. 2, p. 30), Pelletan (*Clin. chir.*, t. 3, p. 346), ont vu chacun un exemple de hernie du colon iliaque à droite. M. Velpeau dit avoir observé plusieurs fois cette hernie du côté gauche.

§ 7. L'appendice cœcal, qui n'existe pas chez certains animaux, peut aussi quelquefois manquer chez l'homme, ainsi que l'ont observé Fontana et Morgagni (*Adver. anat.* t. 3, p. 22, et epist. 14, n° 52). J. Hunter (*Phil. transact.*) rapporte qu'à l'ouverture du corps d'un homme de quarante ans, mort d'une hernie inguinale droite, on trouva le cœcum formant par sa distension une tumeur sphéroïde du volume d'une tête d'enfant, et ne présentant nul vestige d'appendice vermiforme. Autenrieth cite deux cas semblables (dans Tritschler, dissert. inaug. *Méd. chir. sistens obs. in hernias præcipue intestini cœci;* Tubingue, 1806). Cet appendice a été souvent rencontré dans les hernies inguinales congénitales : ainsi, Sœmmering (dans sa trad. de Baillie, p. 123) cite les cas d'un enfant nouveau-né chez lequel l'appendice vermiculaire existait seul dans une hernie congénitale. Hesselbach (*De ortù et progressu herniarum inguinal.*, 1816), Fleischmann (*Leichenœffnungen*, p. 94), Schwenke (*Uber die Brüche;* Leipzig, 1805) en rapportent chacun un exemple. Il peut faire partie d'une hernie inguinale ordinaire: ainsi Morgagni a trouvé l'appendice vermiforme ayant son aspect normal dans une hernie inguinale droite, chez un homme de trente ans. Amyand (cité dans la dissert. de Tritschler, p. 35) a rencontré un fait analogue. Dans le cas dû à Taramelli (*Annali univers. di med.*, 1835), la

hernie avait été formée par l'appendice seul, ce qui est beaucoup plus rare que de le voir accompagner le cœcum. L'observation rapportée par M. T. Merling (dissert. inaug. *med. sistens. processus vermiformis anatomicam pathologicam, cum 2 tab.*; Heidelberg, 1836, in-4°) a pour sujet un homme qui mourut après avoir présenté tous les symptômes de l'étranglement : l'autopsie montra qu'il y avait gangrène de l'appendice.

§ 8. Les exemples de cystocèle inguinale sont assez communs dans les annales de la science ; tantôt cette hernie n'a lieu que d'un côté, tantôt elle est double, c'est-à-dire qu'elle apparaît en même temps à gauche et à droite ; tel était le cas observé par Delaporte (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. 4, p. 38). M. Civiale a aussi rencontré un exemple de cystocèle inguinale double (*Traité de l'affection calculeuse*, p. 263 et suiv.). Cette variété se voit rarement chez les femmes ; cependant Verdier en rapporte un exemple (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. 4, p. 40). La cystocèle inguinale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, chez les vieillards que chez les adultes et les enfans ; toutefois Pott (*Œuv. chir.*, t. 1, obs. 26) en a opéré un enfant de six ans. Une complication assez fréquente de cette espèce de hernie, surtout lorsqu'elle est ancienne, c'est la formation d'un ou plusieurs calculs ; ainsi, dans l'observation de Pott citée plus haut, la portion de la vessie sortie par l'anneau contenait une pierre. Bartholin (*Hist. anat.*, cent. 4, obs. 28), Verdier (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. 2), M. Civiale (*loc. cit.*), etc., ont trouvé des cas analogues.

Lorsque la vessie s'engage par l'anneau inguinal externe, il se peut que ce soit par un des points de sa face antérieure

que ne revêt point le péritoine; alors elle n'a point de sac herniaire, et se trouve entièrement sous-cutanée. Ce cas est rare, mais, s'il se présentait, le chirurgien, en incisant la tumeur, arriverait dans la poche urinaire, tout en croyant avoir pénétré dans la cavité d'un sac qui n'existe pas. Le déplacement de la vessie, une fois commencé, fait des progrès : les parties latérale et postérieure de ce viscère sont entraînées par l'anneau, et avec elles le péritoine, qui forme au-devant de la vessie un sac herniaire dans lequel on tombera, si l'incision est faite sur la partie antérieure et externe de la tumeur. L'instrument porté plus en dedans atteindrait la vessie elle-même.

§ 9. L'ovarioncie inguinale n'est point rare; on trouve dans les auteurs plusieurs exemples de cette espèce de hernie : le premier est dû à Soranus d'Éphèse. Vers le milieu du XVIIe siècle, Bessière, chirurgien distingué de Paris, rencontra la partie frangée de la trompe dans une hernie inguinale (Haller, *Disp. chir. select.*, t. 3, p. 41. — *Diss. méd.-chir. de intest. compress. auct.*, P.-H. Lavater; Basileæ, 1672), Verdier, dans son mémoire sur la cystocèle, fait mention d'un cas de hernie de l'ovaire observé par Veyret (*Mém. de l'Acad. de chir.*, t. 2, p. 3). Haller en a rencontré un exemple en 1755 (*Disp. chir. select.*, t. 3, p. 313). Les chirurgiens n'admirent pas tout d'abord cette espèce de hernie; la publication d'un fait observé et décrit en 1756 ou 1757 par Percival Pott (*OEuv. chir.*, t. 1, p. 492), put seule lever tous les doutes sur son existence, et lui faire obtenir une place dans le cadre nosologique. Il s'agissait, dans le fait de Pott, d'une ovarioncie double. Si nous en croyons Rougemont, Camper aurait eu l'occasion de voir, en 1765, l'ovaire dans une hernie inguinale. Balin (*l'Art de guérir*

les hernies ; Paris, 1768) rapporte avoir vu, vers le même temps, chez une femme morte à la Salpétrière, un des ovaires engagé dans l'anneau. Desault, Lallement, Lassus (*Traité de path. chir.*, t. 2), Deneux (*Recherches sur la hernie de l'ovaire*, 1813), ont observé de nombreux cas d'ovarioncie inguinale. A. Cooper (*Œuv. chir.*, traduct. par Chassaignac et Richelot, p. 285) dit avoir vu une hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope.

M. Deneux fait observer que la hernie de l'ovaire se rencontre souvent chez de très jeunes enfans, ce qui a fait penser qu'elle était ordinairement congénitale. C'est à cette variété de la hernie inguinale qu'il faut rapporter les cas cités par Veyret, Lassus (*Méd. operat.*, t. 1, p. 211), Billard (*Malad, des enf. nouveau-nés*, p. 174). M. Scholler (*Neue zeitschrift far geburtskunde,* t. 8), etc. On a cherché à expliquer la fréquence de l'ovarioncie inguinale à cet âge par la persistance du canal de Nuck; toutefois elle a été constatée sur des femmes adultes, et récemment M. Cruveilhier en a trouvé plusieurs exemples chez de vieilles femmes de la Salpétrière. Une malade, observée par Lallement, s'aperçut pour la première fois d'une tumeur à l'aine droite vers l'âge de cinquante ans (*Mém. de la Soc. méd. d'émul.*, t. 3, p. 323). Une autre du même âge portait une double hernie depuis quinze ans (mém. cit.). Une malade, âgée de quarante-deux ans, opérée par M. Deneux, ne présenta de symptômes de hernie qu'après une chute faite pendant la dixième grossesse (mém. cit., obs. 13. p. 43).

§ 10. Dans l'état de vacuité, la hernie de la matrice est très rare; toutefois il n'est plus permis de nier la possibilité d'un semblable déplacement : ainsi Desault (*Malad. chir.*, t. 2, p. 325) a vu sur le cadavre d'une femme de cinquante ans

l'ovaire et la trompe du côté gauche, ainsi que la plus grande partie de l'utérus, formant hernie à travers l'anneau inguinal du même côté. Dans le cas de Lallement (*loc. cit.*), le sac herniaire contenait la totalité de la matrice avec l'ovaire et la trompe du côté droit; l'autre ovaire et la trompe étaient appliqués contre la paroi externe de l'anneau.

La hernie de l'utérus peut-elle avoir lieu pendant la grossesse? Lassus ne le croit pas: suivant lui, les observations citées à ce sujet par les auteurs doivent être rapportées à l'obliquité de la matrice. Telles paraissent être celles de Ruysch et Rousset. Sabatier, Richerand, M. Nauche (*Malad. de l'utérus*, t. 1, p. 124) admettent la possibilité de cette espèce de hernie. On connaît les deux observations de hernie de l'utérus pendant la grossesse, dont l'une est due à Sennert (*de Hernia uterina*), et l'autre a été longuement décrite par Fabrice de Hilden (*Œuvres chir.*, p. 893. Un fait de ce genre a été tout récemment observé par M. Ledesma, de Salamanque (*Gaz. méd.*, 1840, p. 715). La malade portait une entérocèle inguinale à droite, et c'est aussi de ce côté que se fit à trois mois et demi de la grossesse le déplacement de l'utérus; à quatre mois et demi, les mouvemens de l'enfant sont très manifestes; la tumeur est fluctuante, et, lorsqu'on veut constater ce phénomène, il est facile de sentir un corps dur se déplaçant au milieu d'un liquide. A sept mois, le stéthoscope permet d'explorer les bruits du cœur du fœtus et le souffle placentaire qui sont parfaitement distincts en raison de la position superficielle de l'organe. L'hystérotomie fut pratiquée avec succès; la mère a été rendue à la santé, mais l'enfant est mort quelque temps après la naissance.

§ 11. Le déplacement de l'estomac par l'anneau inguinal a été observé, mais seulement dans des cas de hernies volu-

mineuses qui contenaient la plus grande partie des organes abdominaux. M. Lallemand a fait déposer dans le musée de la Faculté une pièce fort curieuse de hernie inguinale droite qui renferme la moitié de l'estomac. M. Yvan a communiqué à l'Académie un cas de ce genre. Le tiers inférieur de l'estomac faisait partie d'une hernie inguinale gauche (*Gaz. méd.*, 1830, p. 39). M. Yvan ne dit pas qu'elle ait été reconnue pendant la vie. Un troisième exemple de hernie de l'estomac est dû à M. Lebert (*Journ. des connaiss. méd. et chir.*, 1838, p. 145); cette observation était déjà connue dans la science par la description qu'en avait donnée M. Fabre dans sa thèse inaugurale (1832, n° 133). La mort du malade, qui est venu cinq ans plus tard succomber dans le même hôpital (Bicêtre), a permis de s'assurer avec quelle précision ce médecin était parvenu, au moyen de la percussion, à déterminer pendant la vie la nature et le siège respectifs des différens organes, et en particulier de l'estomac, contenu dans le sac herniaire. Cette double hernie inguinale était formée, à gauche, par le mésentère, la presque totalité de l'intestin grêle et le cœcum; à droite, par une grande portion du gros intestin, le grand épiploon et le petit cul-de-sac de l'estomac.

§ 12. La hernie de la rate, par l'anneau inguinal, paraît impossible; cependant elle a été observé deux fois. Ruysch en cite un cas (*Advers. anat.* dec. 2, p. 23). J.-L. Petit dit (*Œuv. chir.*, t. 2, p. 215) que la hernie de ce viscère a été rencontrée chez une bossue si étrangement contrefaite que l'appendice xyphoïde touchait presque à l'os pubis.

§ 13. Chez certains sujets doués d'un embonpoint considérable, le tissu cellulaire extérieur au péritoine est susceptible de subir une véritable transformation graisseuse. La face externe de cette membrane se couvre d'appendices adipeux,

surtout au niveau des ouvertures naturelles ou accidentelles : ce sont de vrais lipomes qui diffèrent entre eux sous le rapport de la forme, de la consistance, etc. Quand leur volume est encore peu considérable, s'ils sont placés près d'une ouverture naturelle, ou près d'une éraillure aponévrotique, ils s'y engagent, les dilatent, et arrivent bientôt au-dehors. Le péritoine, sans cesse tiraillé par ces appendices, ne tarde pas à être entraîné à leur suite, en formant une poche toute disposée pour recevoir les viscères abdominaux. Ces productions adipeuses constituent les hernies dites *graisseuses*; elles ont été signalées d'une manière vague par de Graaf (*Sepulchretum*, obs. 14, § 2), Horst (*loc. cit.*, obs. 17), Petsche *Syllog. anat.*, obs. 5), Boerhaave (*Prælect. ad instit.*, § 712), etc. Morgagni (epist. 43, n. 10, p. 28 ; n. 37, p. 87-88) a surtout bien saisi et la nature et le mécanisme de ces tumeurs, que Scarpa (*Traité des hernies*, p. 55) et Pelletan (*Clin. chir*, t. 3, p. 53) ont spécialement décrites.

Dans la hernie graisseuse, le déplacement ne se fait pas toujours ainsi qu'il a été dit plus haut ; l'intestin ou l'épiploon peuvent se déplacer primitivement, et les appendices adipeux se trouver au-devant du sac herniaire : dans quelques cas ils sont situés en arrière, soulèvent la paroi postérieure du sac, et peuvent donner lieu à de graves méprises quand les accidens nécessitent l'opération. M. Tartra rapporte une observation dans laquelle un paquet graisseux de forme cylindrique, de consistance assez grande, avait soulevé la paroi postérieure du sac, et en avait imposé pour une anse intestinale. L'excision fut pratiquée, et il en résulta, du moins on le croyait, un anus artificiel. Une sonde de gomme élastique est placée dans ce que l'on regardait comme la portion supérieure du canal intestinal, et des lavemens purgatifs sont

injectés par cette canule. La malade mourut d'une péritonite sub-aiguë. Ce qu'on avait pris pour une anse d'intestin n'était autre chose qu'une tumeur graisseuse qui avait refoulé en avant la paroi postérieure du sac herniaire, et simulé l'intestin.

Il est arrivé assez souvent que de la graisse ainsi réunie en masse, tantôt cylindroïde, tantôt globuleuse, et descendue dans le scrotum, a été prise pour l'épiploon lui-même. Quelquefois, dit M. Cruveilhier (*Essai sur l'anat. path.*, t. 2, p. 266), pour compléter l'illusion, ces paquets graisseux sont recouverts par plusieurs couches, dont la dernière, mince et transparente, figure très bien le péritoine. Le même auteur cite, un peu plus loin, un exemple de hernie inguinale graisseuse double: une masse adipeuse, que l'on croyait être tout d'abord l'épiploon, existait de chaque côté, au-devant d'un sac herniaire vide.

SECONDE PARTIE.

Du diagnostic des hernies inguinales.

§ I. La hernie inguinale externe, devenue scrotale chez l'adulte, s'annonce par une tumeur piriforme, obliquement allongée de haut en bas et de dehors en dedans, dont la grosse extrémité est dirigée vers les bourses et dont le pédicule tient à l'anneau: de ce côté, on peut la suivre dans l'intérieur du canal inguinal; en bas, elle s'arrête presque toujours au niveau de l'entrée du cordon dans le testicule; il est assez fréquent de trouver une espèce de collet qui établit une ligne de démarcation entre cette glande et la tumeur. Si la réduction est possible, les parties rentrent dans le ventre en suivant un trajet oblique de bas en haut et de dedans en de-

hors. Le cordon spermatique est situé au milieu de la face postérieure de la tumeur, tandis que le testicule en occupe toujours la partie postérieure et inférieure. Cette hernie peut survenir tout-à-coup, ou bien elle se manifeste peu-à-peu, d'une manière graduelle, progressive; dans tous les cas, ce n'est jamais que secondairement qu'elle atteint le fond du scrotum.

La hernie congénitale se reconnaît à la promptitude avec laquelle elle s'est développée; son apparition est spontanée: ce n'est point par saccades, comme la hernie inguinale des adultes, mais en un seul temps que la tumeur est arrivée dans les bourses; en outre, le malade déclare être affecté de sa hernie depuis l'enfance. Dans la hernie congénitale, il est souvent difficile de distinguer le testicule, qu'aucun collet appréciable ne sépare du reste de la tumeur, et que les viscères contenus dans la tunique vaginale entourent de toutes parts. Il peut se trouver près de l'anneau ou même contenu dans le canal inguinal, alors que les parties déplacées remplissent la totalité du scrotum. J'emprunte à J.-L. Sanson les caractères propres à établir le diagnostic de cette variété de la hernie inguinale congénitale, particulièrement dans les cas où il existe en même temps une hydrocèle de même nature. « La tumeur qu'elle forme et qui est toujours située sur l'ouverture de l'anneau, est large, aplatie et inégale; c'est à son sommet que l'on reconnaît la transparence et la fluctuation produite par la présence de la sérosite abdominale dans son intérieur; le premier effet des pressions auxquelles on la soumet pour la réduire, est de faire passer dans le ventre le liquide qu'elle contient: ce liquide rentre sans bruit; on reconnaît alors une partie plus consistante qui ne tarde pas à rentrer aussi quand on continue les efforts de réduction, mais

qui rentre en faisant entendre le gargouillement : cette partie est l'intestin ; enfin, celui-ci étant réduit, il reste à l'anneau une tumeur arrondie, molle, irréductible, qu'à sa consistance et à sa vive sensibilité il est facile de reconnaître pour le testicule (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. 9, p. 579).

La hernie inguinale interne, ou mieux moyenne, se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, globuleuse, très saillante eu égard à son volume : elle soulève beaucoup plus que la hernie inguinale oblique le pilier interne de l'anneau, et ne détermine point comme cette dernière une tuméfaction cylindrique du pli de l'aine. On la réduit avec facilité par une pression exercée directement d'avant en arrière, et la réduction n'est accompagnée d'aucune espèce de gargouillement. C'est au côté externe de la tumeur que se trouve le cordon ; enfin, elle ne descend point aussi loin dans le scrotum, et n'acquiert jamais un volume aussi considérable que la hernie inguinale ordinaire.

Une hernie, par quelque éraillure de l'aponévrose, sera facilement reconnue aux caractères suivans : l'anneau reste libre, ou du moins n'est occupé que par le cordon spermatique ; le point de l'aponévrose auquel correspond le pédicule de la tumeur mérite d'être noté avec soin : il peut être situé en dedans de l'anneau, du côté de la symphyse, mais cette disposition est rare ; ordinairement on le trouve en dehors, du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure, entre elle et l'anneau. Cette tumeur sort directement, et rentre de même ; son volume dépasse rarement celui d'une petite noix. Enfin, lorsque la réduction est faite, il est aisé de constater que l'ouverture qui livre passage à la hernie est étroite, irrégulière, et n'a aucune ressemblance avec l'anneau inguinal.

La hernie inguinale incomplète diffère sous beaucoup de

rapports de la hernie inguinale externe. Ainsi, selon M. C. Dance (thèse de Paris, 1835, n° 45), la tumeur est plus élevée; située en dehors de l'anneau, elle se rapproche de l'épine iliaque antéro-supérieure : elle est large, aplatie, souvent plus étendue transversalement que dans les autres sens, forme un relief plus ou moins prononcé sur la paroi abdominale, mais ne présente jamais de pédicule qui puisse être saisi et apprécié avec la main. Sa forme peut varier, ainsi que son volume, si les parties écartées par la hernie cèdent plus facilement dans un point que dans un autre; la circonférence de la tumeur peut être inégale, et présenter, ainsi que M. C. Dance l'a vue une fois (thèse cit., obs. 3, p. 31), un prolongement digitiforme. Elle est plus ou moins molle, souvent fluctuante, surtout quand les symptômes d'étranglement existent, et qu'il y a une certaine quantité de sérosité dans le sac.

La hernie inguinale oblique interne n'a été admise à titre de hernie distincte que dans ces derniers temps. Elle a été très bien décrite, pour la première fois, par M. Velpeau, en 1825; mais les cas peu nombreux que la science possède ne nous ont pas encore mis à même de pouvoir reconnaître d'une manière certaine, sur le vivant, l'existence de cette espèce de hernie. Des quatre observations de hernie oblique interne qui existent déjà, trois ont été trouvées sur le cadavre; la première est consignée dans les ouvrages de A. Cooper (trad. franç., p. 281, obs. 348. — *On hernia*, 2° édit., pl. 10. — Morton, *The surg. anat. of inguin. hernia*, etc., p. 258; 1841); la hernie était complète. Dans la seconde, qui appartient à M. Goyrand, d'Aix (*Gaz. des hôpitaux*, t. 5, p. 478), elle était incomplète et dirigée dans le sens de l'anneau de l'oblique externe; enfin, M. Demeaux

a rapporté (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, 1841, t. 1, p. 473) un cas de hernie oblique interne complète; ces trois exemples ont été rencontrés sur des hommes : le quatrième, observé par M. Velpeau, en décembre 1840, avait pour sujet une femme de soixante-trois ans. La hernie était intra-pariétale; les symptômes observés pendant la vie avaient été fort vagues, et l'autopsie seule permit de constater qu'il s'agissait d'une hernie inguinale oblique interne (*Annales de la chir.*, 1841, t. 1, p. 257 et suiv.).

Dans l'état actuel de la science, il est fort difficile d'indiquer des caractères propres à faire diagnostiquer les différentes variétés de cette espèce de hernie, puisque, jusqu'alors, elle n'a été reconnue que par l'ouverture nécroscopiques; on peut toutefois, ainsi que l'a fait M. Velpeau, les établir *à priori* sur les données de l'anatomie pathologique.

1° S'il s'agit d'une hernie oblique interne complète, l'anneau est occupé par une tumeur qui présente tous les signes physiques du bubonocèle ordinaire; elle a une tendance manifeste à se porter en avant et en dehors; le trajet du cordon est libre dans toute son étendue. On ne suit pas la tumeur vers la fosse iliaque, mais il est facile de constater l'existence d'une corde tendue dans le ventre, près de l'anneau, et se dirigeant de haut en bas, de dedans en dehors et d'arrière en avant; sa direction serait très bien indiquée par une ligne oblique qui tomberait perpendiculairement sur le ligament de Poupart. La tumeur n'offrait qu'un petit volume dans le cas de A. Cooper; elle ne contenait qu'une petite quantité d'épiploon dans celui cité par M. Demeaux; elle est très rapprochée de la symphyse pubienne, et croise le cordon spermatique, qu'elle laisse toujours en arrière et en dedans. La réduction serait facile, en ayant soin de di-

riger tous les efforts en sens inverse du trajet qu'elle parcourt.

« Si elle était incomplète, comme dans le malade opéré par M. Goyrand ; si elle existait seule, sans complication et chez l'homme, elle serait, dit M. Velpeau, très difficile à reconnaître. Laissant les deux onvertures et le trajet du canal inguinal parfaitement libres, elle ne pourrait guère être distinguée que par hasard des étranglemens internes, à moins que le doigt, porté dans l'anneau de l'oblique externe, ne sentît une bosselure élastique et globuleuse en dedans et en arrière (même citation). » Dans le cas de M. Goyrand, l'intestin n'était que pincé ; les accidens méconnus du vivant du malade furent attribués à un phlegmon du cordon testiculaire ; l'autopsie montra qu'il y avait gangrène de l'intestin.

« Dans la variété intra-pariétale, la tumeur est vague, diffuse, aplatie, mal circonscrite. Située au-dessus du ligament de Fallope, étrangère comme la précédente aux deux anneaux du canal inguinal, elle ne serait distinguée des autres hernies intra-pariétales que par la direction en dedans et en arrière de la corde de la fosse iliaque » (même Mémoire). Chez la femme observée par M. Velpeau, une anse intestinale était renfermée dans le sac herniaire, qui, au lieu de se porter du côté de l'anneau externe, se dirigeait, au contraire, vers l'épine iliaque.

Malgré les caractères différentiels que je viens de donner des différentes espèces de hernies, je dois ajouter qu'il est, dans un grand nombre de cas, très difficile d'arriver à un diagnostic précis : cela a lieu quand la maladie est ancienne.

§ II. Nous avons indiqué les organes qui entrent dans la composition des hernies inguinales, leurs caractères diffé-

rentiels eu égard à leurs diverses espèces et variétés; il nous reste maintenant à décrire les symptômes qui peuvent nous faire connaître lorsqu'elles sont formées par tel ou tel viscère.

Lorsque c'est l'intestin qui forme la hernie, le malade est ordinairement sujet à des coliques, et, de loin en loin, il est tourmenté de nausées ou même de vomissemens; habituellement, il y a constipation; les borborygmes qu'il éprouve se font souvent ressentir jusque dans la tumeur, de telle sorte qu'il est quelquefois possible de constater les mouvemens des gaz qui s'y accumulent ou la traversent; elle s'étend alors, et son volume augmente; il en est de même pendant la digestion, mais à des intervalles d'autant plus éloignés des repas que l'anse qui forme la hernie appartient à un intestin plus rapproché de l'anus. Sa consistance est variable : ainsi, elle est alternativement élastique, sonore à la percussion, molle et pâteuse ou ferme, selon qu'elle contient des gaz, des matières solides ou liquides; sa surface est lisse, unie; elle est facile à réduire; la réduction se fait en bloc, et sa rentrée est accompagnée de gargouillement.

La présence de l'épiploon dans une hernie est annoncée par une tumeur molle, pâteuse, inégale, allongée, peu sensible à la pression; son volume et sa consistance ne varient pas comme dans l'entérocèle; elle ne rentre point en masse, mais sa réduction est successive et a lieu sans bruit; elle produit peu de coliques, rarement des nausées; mais quand le malade se redresse ou se renverse en arrière, il éprouve un tiraillement douloureux qui part de la tumeur et s'étend jusqu'à la région épigastrique.

La hernie du cœcum se reconnaîtrait aux signes suivans : la tumeur s'est développée d'une manière lente et graduelle;

sa forme est irrégulière et présente au toucher des bosselures inégales; réductible tant qu'elle a été bornée à l'aine, il n'est plus possible de la faire rentrer, du moins complètement, depuis qu'elle est descendue dans le scrotum. Malgré son volume, il en résulte, en général, peu de trouble dans les fonctions digestives; le malade éprouve quelquefois, peu de temps avant d'aller à la selle, un sentiment de pesanteur et de tiraillement dans les bourses; enfin, il est souvent tourmenté de coliques assez vives, accompagnées de gonflement de la hernie; mais elles cèdent avec facilité à l'usage des lavemens, qui déterminent en même temps l'affaissement de la tumeur scrotale.

Une hernie inguinale formée par l'S iliaque du colon, soit à gauche, soit à droite, serait annoncée par les symptômes propres à la hernie du gros intestin, et, en particulier, selon M. Velpeau, à la presque impossibilité de faire pénétrer les lavemens au-delà de quelques pouces dans le rectum (*Dict.* en 25 vol., t. 15, p. 469).

Si la tumeur, dure, tendue, volumineuse, quand le malade est resté long-temps sans rendre ses urines, disparaît après la sortie de ce liquide; si la pression provoque de la douleur du côté de l'urètre et un besoin d'uriner que le malade est obligé de satisfaire sur-le-champ; si la tumeur, une fois vide, reste quelque temps sans augmenter de volume; si elle donne la sensation d'un corps épais, mollasse, mobile sous les doigts, qui semble s'affaisser quand on la presse, mais qu'il n'est pas possible de réduire, etc., il existe une cystocèle inguinale.

La hernie de l'ovaire se reconnaîtrait à la présence d'une tumeur ovoïde, légèrement bosselée, rénitente, dont le volume égale celui d'un œuf de pigeon. La pression entre

les doigts détermine une sensation particulière, une douleur qui a cela de caractéristique qu'elle ne se borne pas à la hernie, mais se propage dans le bassin, en suivant la direction du bord supérieur du ligament large jusqu'à l'utérus, sans jamais s'étendre au-delà du point occupé par cet organe. Si la malade reste debout, ou se couche du côté opposé à la tumeur, cette douleur devient plus vive, et est accompagnée d'un sentiment de tension pénible dans les annexes de la matrice. Le toucher, quand il est praticable, doit être d'autant moins négligé qu'il donne des résultats positifs. M. Deneux, qui a surtout beaucoup insisté sur son emploi, s'exprime ainsi à ce sujet : « Il faut ramener le col de la matrice au centre du bassin, quand elle est déviée, ou, lorsqu'elle conserve sa position, le porter vers l'anneau inguinal, afin d'éloigner le fond de cet organe qui en est ordinairement rapproché ; et si, pendant qu'on change ainsi la position de la matrice et qu'on lui imprime des mouvemens, il s'en passe dans la tumeur, ou si l'on augmente la douleur dont cette dernière est le siége, on peut assurer que l'ovaire concourt à la former » (mém. cit., p. 67).

Une hernie de l'estomac se reconnaîtrait aux caractères suivans : la tumeur est distendue quand le malade vient de prendre des alimens ; elle s'affaisse, au contraire, dès que la digestion stomacale est achevée. Immédiatement après le repas, on constate par la percussion une matité complète ; le son est clair si le malade est à jeun. L'ingestion de substances solides donne lieu à une tuméfaction graduelle de la hernie ; lorsque le malade boit, le développement est presque instantané ; en outre, M. Fabre assure qu'en appliquant la main sur la tumeur, on perçoit très bien le choc du liquide au moment où il arrive dans la cavité gastrique.

La hernie graisseuse s'annonce par une tumeur qui offre tous les caractères propres à l'épiplocèle ; aussi le diagnostic différentiel en est toujours difficile, et le plus souvent impossible. Cette tumeur ne provoque ni douleur, ni trouble des fonctions digestives ; dans la plupart des cas elle est survenue sans que le malade se soit aperçu de son développement. Quand on la presse, elle rentre sans bruit, non qu'il y ait véritable réduction, mais simple déplacement : aussi, dès que la main cesse de la maintenir en place, elle s'échappe de nouveau et sans que le malade fasse le moindre effort. Il est facile de constater, avec un peu d'attention, que la hernie a été repoussée au-delà de l'anneau, mais s'est arrêtée dans l'intérieur du canal inguinal. Il paraît que la réduction de cette tumeur s'accompagne souvent d'un mouvement ascensionnel du cordon et du testicule vers l'anneau. Enfin l'absence d'une sorte de corde que l'on sent à travers la paroi abdominale, dans le cas de hernie épiploïque, permet de distinguer cette dernière de la hernie graisseuse.

Le déplacement de la matrice, hors l'état de grossesse, est tellement rare qu'il serait impossible de donner des symptômes de cette hernie. Il faut en dire autant des hernies de la rate, du foie et du rein.

OBSERVATION DE DEUX ANÉVRYSMES

sur le même individu, traités par la méthode d'Anel ; guérison.

Par M. Guttierez, D.-M., chirurgien en chef de l'hôpital de la Havane.

Joseph Sabino, natif des Iles Canaries, âgé de vingt-cinq ans, de la compagnie des grenadiers du régiment de la

Havane, passa de la salle Sainte-Isabelle à la salle Saint-Balthasar, le 4 mars de cette année (1841), avec un anévrysme au tiers inférieur de la cuisse. Cet individu ne savait à quelle cause attribuer la présence de la tumeur, et disait seulement que, le 25 février, il avait senti un poids et en même temps une incommodité à la partie où se trouvait le mal; que, le jour suivant, il avait reconnu une petite tumeur, qui augmenta et l'empêcha de continuer son service. Il entra à la salle Sainte-Isabelle, où l'on reconnut la maladie, qui fut combattue par une compression modérée, et des applications réfrigérantes. Ce traitement n'ayant pas amené d'amélioration, on résolut de faire passer le malade dans une salle de chirurgie. La tumeur avait un volume énorme, et on ne percevait plus les pulsations en raison de ce volume. La partie malade était douloureuse; la jambe était infiltrée, et les veines étaient distendues par suite de l'obstacle à la circulation. Plusieurs professeurs se réunirent pour déterminer le mode de traitement à suivre. Les uns furent d'avis de pratiquer la ligature, et les autres, d'attendre (c'était le plus petit nombre) que le mal eût fait de plus grands progrès. Mais ces derniers ayant été convaincus par les raisons puissantes que les autres avaient à faire valoir, ne songèrent plus qu'à décider la question du point sur lequel la ligature serait appliquée. On résolut de lier l'artère au tiers supérieur de la cuisse.

Après avoir préparé l'appareil, on mit le malade sur le dos, la cuisse et la jambe dans une légère flexion, reposant sur le côté externe. On fit une incision de trois pouces de long, trois ou quatre pouces au-dessous de l'arcade crurale. La peau étant coupée, on glissa la sonde sous l'aponévrose, et celle-ci divisée, l'artère se présenta; on incisa légèrement son enveloppe et on passa la sonde de dedans en dehors. Les

fils de la ligature étant serrés, la plaie fut réunie par première intention.

Le malade ayant été remis au lit, on lui fit une saignée de dix onces, et on lui recommanda la plus grande tranquillité. On lui fit prendre de la digitale en pilules, pour calmer les contractions du cœur et rendre la circulation plus lente; limonade pour boisson. Le 5, il passa une bonne nuit, son pouls redevint naturel, le membre opéré reprit de la chaleur, et la tumeur était légèrement diminuée. La journée du 6 fut également bonne. Le 7, aucun accident ne se présenta. Le 8, la tumeur avait encore un peu diminué; l'infiltration commençait à céder lentement; aucune douleur dans le point de la tumeur. On pansa la blessure dont les bords se réunissaient. Le 9 tout alla bien; pansement de la blessure. Le malade avait de l'appétit. On lui donna : tisane tempérante; pilules de digitale toutes les quatre heures; pour aliment, une demi-tasse de lait. Le 10, et les journées suivantes jusqu'au 22, il n'y eut aucun changement; la quantité des alimens fut augmentée successivement. La tumeur diminua progressivement, et le 22 la ligature tomba; la blessure était presque cicatrisée. Le 23, point de changement. La tumeur se trouvait réduite aux deux tiers de son volume; elle continua de diminuer jusqu'au 26 avril, époque à laquelle il n'en restait plus qu'un tiers. Mais alors il se présenta une petite tumeur avec des pulsations isochrones à celles du cœur, sur le trajet de l'artère poplitée droite. On diagnostiqua un nouvel anévrysme, et l'on en attribua la cause à une irritation de la tunique interne de l'artère. Le pouls s'altéra de nouveau, et le malade eut de l'agitation. On employa une compression modérée, et de la glace appliquée sur la petite tumeur. Tout fut infructueux,

et la tumeur augmenta toujours jusqu'au 25 mai, époque à laquelle elle montait jusqu'au tiers inférieur de la cuisse, et était accompagnée de douleurs très aiguës. On procéda à la ligature de la fémorale, choisissant le même point sur lequel on avait pratiqué la ligature du côté gauche. Ce fut le 26 que l'on fit l'opération désirée, réclamée par le malade. On suivit, tant pour l'opération que pour la suite du traitement, la même méthode que pour l'autre anévrysme. Le 27, quoique le malade connaisse la gravité de son état, il attend sa guérison avec confiance, en raison du succès de la première opération. Il n'a pas de fièvre, ni de symptômes qui dénotent un danger. Le 28, il passe une bonne nuit; point de douleurs dans la région qu'occupe le mal. La tumeur a diminué un peu; l'infiltration diminue aussi insensiblement, et un petit ulcère, qui existe sur la face dorsale du pied, présente un bon aspect. On continue les pilules de digitale et la limonade, sans aucun aliment.

Le 29, la chaleur du membre diminue; pour le reste l'état est le même que la veille. On panse la blessure dont les bords sont réunis. Continuation des pilules et de la limonade. La tumeur du premier anévrysme, ayant presque entièrement disparu, le malade peut faire toutes sortes de mouvemens avec son membre; la blessure est parfaitement cicatrisée.

Le 30, la chaleur de l'extrémité droite s'est ranimée; le pouls est naturel; la tumeur s'affaisse un peu; on continue les pilules, et on prescrit trois demi-tasses de lait pour aliment.

Le 31 et les jours suivans, la tumeur diminue progressivement; pas d'accidens.

Le 4 juin, les deux tumeurs ont disparu complètement.

La ligature, à la suite de la seconde opération, est tombée le vingt-troisième jour; la plaie s'est cicatrisée au bout d'un mois, et l'ulcère du pied le douzième jour. Les alimens prescrits avec beaucoup de précaution, ont réparé les pertes de l'économie, et aujourd'hui, 8 novembre 1841, le malade est aussi bien portant que s'il n'avait souffert aucune maladie.

FRACTURE COMMINUTIVE DU CUBITUS
déterminée par un coup d'arme à feu, résection des fragmens de cet os, guérison,

Par M. le docteur MURVILLE, chirurgien principal d'armée, chirurgien en chef et premier professeur à l'hôpital d'Instruction de Lille.

M. de ....., âgé de 32 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, capitaine dans un régiment de cavalerie, reçut un coup de feu, en duel, le 4 septembre 1841, après avoir échangé cinq coups de pistolet avec son adversaire. Le coup avait été tiré à 20 pas; la balle atteignit la partie supérieure, postérieure et interne de l'avant-bras droit, tenu fléchi sur le bras pour garantir la poitrine. Appelé auprès du blessé, cinq heures environ après l'accident, je le trouve étendu sur un lit, la face pâle, la peau froide, le pouls petit, concentré et peu fréquent, le moral affaissé. La plaie est ronde, légèrement déprimée, mâchée et noirâtre dans son pourtour; il n'y a pas d'ouverture de sortie. En explorant le bras, on sent à sa partie moyenne, interne et un peu antérieure, un corps dur, arrondi, arrêté dans l'épaisseur des parties molles, en dedans du nerf médian et de l'artère branchiale. Une sonde de femme introduite par la plaie me fait d'abord reconnaître que le cubitus est fracturé en plusieurs esquilles au milieu

desquelles l'instrument passe facilement, pour arriver au devant de l'articulation, par un trajet très oblique d'arrière en avant, et de bas en haut, jusque sur le projectile.

Une hémorrhagie artérielle avait eu lieu au moment de l'accident, et avait été arrêtée par les soins d'un premier médecin. Ayant ainsi pris connaissance de tous les désordres occasionés par le projectile, et ne pouvant ignorer la gravité de ces espèces de blessures, je songeai d'abord à l'amputation immédiate du bras, et c'était aussi l'opinion des deux médecins appelés avant moi; mais réfléchissant à l'état de stupeur dans lequel le sujet était plongé, au chagrin profond qu'il ne manquerait pas d'éprouver de la perte d'un membre; songeant d'un autre côté à l'heureuse influence que j'allais exercer sur son moral en lui faisant espérer la conservation de son bras, je changeai d'idée, et je fis part de mes réflexions à mes deux confrères, qui entrèrent dans mes vues. Voici alors comment il fut procédé:

La balle est d'abord extraite par une incision de quatre centimètres, pratiquée avec la main droite armée d'un bistouri convexe, pendant que la main gauche tend la peau et fait saillir le projectile. Procédant ensuite à l'extraction des esquilles, je commence par débrider largement la peau, l'aponévrose et les muscles vers le haut et vers le bas; après quoi les doigts retirent successivement une vingtaine d'esquilles dont les plus fortes ont trois centimètres de longueur sur un de largeur; plusieurs de ces esquilles, profondément situées et retenues par des parties fibreuses ou musculaires, m'obligent à recourir à l'emploi de pinces pour les saisir, et de ciseaux pour diviser les tissus qui les retiennent encore. Cette partie de l'opération, assez laborieuse, me donne une quarantaine d'esquilles et plusieurs petits mor-

ceaux de la balle qui, ayant rencontré le cubitus, avait été aplatie et divisée. Cela fait, je me dispose à pratiquer la résection des deux extrémités très inégales et irrégulières des fragmens du cubitus : c'était là sans contredit le point le plus délicat et le plus difficile de l'opération, attenu que n'ayant eu qu'une idée imparfaite de la nature de la blessure, je ne m'étais pas muni d'instrumens à résection, et qu'il était de toute impossibilité de s'en procurer dans la localité. Je parvins toutefois à me tirer d'affaire à l'aide d'une petite scie fixée à un gros couteau de paysan, et d'une autre scie que l'on put se procurer chez le boucher de l'endroit. Je procédai au pansement de la manière suivante : bandelettes agglutinatives, charpie, compresses trempées dans de l'oxycrat, et bandage roulé depuis la main, préalablement entourée d'un gantelet, jusqu'à l'aisselle ; l'avant-bras est placé dans la demi-flexion sur un coussin de balle d'avoine, irrigations fréquentes avec l'oxycrat, infusion de tilleul pour boisson, potion laudanisée et éthérée. Le médecin de l'endroit passe la nuit auprès du blessé, et moi je retourne, au milieu de la nuit, à Lille, où m'appellent mes fonctions, en me proposant d'aviser au moyen d'y ramener le blessé dans la journée, ce qui fut fait avec toutes les précautions convenables. Arrivé vers les six heures du soir, M. de... a des spasmes nerveux, avec des tremblemens bientôt suivis de chaleur et de sueur ; le reste de la nuit est calme. Le 6 au matin, le membre est engorgé, mais plutôt froid que chaud, et présentant une apparence de stupeur qu'on retrouve sur la physionomie ; le pouls est un peu fréquent, mais petit, concentré au point de ne pas permettre de songer à la plus petite émission sanguine. Même pansement ; même prescription.

Le 7, engorgement plus considérable du membre, avec rougeur livide, violacée; douleur plus prononcée; même stupeur, même état du pouls; il ne m'est pas plus permis que la veille de penser à l'emploi, ni de la saignée générale, ni de la saignée locale; celle-ci serait probablement suivie de la formation d'eschares gangréneuses, peut-être même d'un sphacèle complet : on se borne à l'application d'un long et large cataplasme opiacé sur tout le membre.

Le 8, même état; bouillon, sémoule, et pour le reste même prescription.

Les jours suivans, l'inflammation prend un caractère plus franc, et se circonscrit davantage dans les environs de la blessure, on insiste sur les cataplasmes, et on nourrit un peu plus le malade, qui digère très bien les bouillons de poulet, la semoule au lait, la soupe au lait, etc. Le blessé sort de plus en plus de l'état de stupeur générale qui a été indiqué; le pouls et la chaleur sont plus développés, le sommeil est assez bon; cependant il survient un accès de fièvre assez violent qui paraît être le résultat d'un long interrogatoire du conseil de guerre, interrogatoire qui a eu lieu sans que j'eusse été prévenu. Bientôt l'état local annonce la formation d'un abcès le long de la partie interne du bras, dans le trajet de la balle, et remontant le long de l'artère brachiale et du nerf médian, jusque vers le creux de l'aisselle; cet abcès est largement ouvert le 19 au matin; on a soin de protéger l'artère et le nerf avec l'indicateur gauche préalablement introduit dans la plaie : il s'échappe une grande quantité de pus; pansement avec une compresse fenêtrée enduite de styrax; plumasseaux de charpie et cataplasme; régime un peu plus nourrissant; deux grains de sulfate de quinine tous les matins à jeun; les jours suivans, la nouvelle plaie se déterge; des eschares

qui s'étaient formées le long du trajet de la balle, se détachent successivement et l'on facilite leur sortie, ainsi que celle du pus, à l'aide d'injections légèrement chlorurées, pratiquées, selon l'heureuse idée suggérée par M. le docteur Capron, avec le clyso-pompe; l'engorgement du bras diminue d'une manière très notable, la suppuration devient très belle, l'état général est très satisfaisant, il ne reste qu'un point douloureux, engorgé et enflammé à la partie postérieure et un peu externe du coude; tout fait craindre qu'il ne s'y forme également un abcès; on continue l'application d'un petit cataplasme; plumasseaux trempés dans du vin aromatique sur les deux plaies; les jours suivans, la situation est de plus en plus satisfaisante; bon appétit, bonne digestion, bon sommeil, etc. Mais on reconnaît toujours, surtout au toucher, le point enflammé du coude, et, le 29 au matin, la fluctuation étant manifeste, on se décide à ouvrir l'abcès; auparavant on cherche à reconnaître, à l'aide d'une sonde cannelée, s'il ne communique pas avec la plaie de l'ouverture d'entrée; l'instrument arrive par un trajet long de deux pouces environ, non dans le foyer, mais dans une couche plus profonde, d'où s'échappe un liquide puriforme, ce qui détermine à faire immédiatement l'incision de ce trajet et, du même coup, celle du foyer plus superficiel; il s'écoule un pus abondant, épais, blanc, crémeux, louable enfin; pansement avec plumasseaux enduits de cérat, cataplasmes, etc.

Cette opération est suivie d'une détente et d'un dégorgement très notables qui se produisent d'une manière progressive. Le 2 octobre, une vive contrariété met le malade dans une grande agitation, suivie d'une fièvre très intense. On parvient à calmer le malade, et, le lendemain,

ainsi que les jours suivans, jusqu'au 6, tout marche au gré de nos désirs; les plaies sont fort belles, la suppuration est de bonne nature, l'état général excellent. Malheureusement une lettre impatiemment attendue ce jour-là, n'arrivant pas, le moral de M. de ...., s'exaspère de la manière la plus fâcheuse, et bientôt une fièvre plus intense encore que celle du 2 se développe. — Suppression des alimens, tisane d'orge gommée, sulfate de quinine, cinq grains pour le 7 au matin, lavement, etc. Le reste de la journée du 6 se passe dans le même état de fièvre et d'agitation, de manière à nous faire craindre un travail de résorption purulente.

Le 7 au matin, la fièvre est en partie tombée; il y a une sueur visqueuse à la surface du corps, le pouls est moins fréquent, mais dur, serré, concentré; la langue est sèche et pâteuse, les traits sont tirés, etc. Les plaies ont perdu leur belle couleur vermeille pour devenir grisâtres, le pus est très peu abondant et mal lié, le membre engorgé, d'une couleur bleuâtre, violacée. Le malade prend les 5 grains de sulfate de quinine qui lui ont été prescrits; lavement émollient; alimentation très légère et très peu abondante; cautérisation des plaies avec le nitrate d'argent; compresses fenêtrées enduites de styrax, plumasseaux trempés dans du vin aromatique; cataplasme émollient sur la partie engorgée. Le reste de cette journée se passe d'une manière assez satisfaisante, et le malade nous fait la promesse formelle de ne plus s'occuper de rien, si ce n'est de suivre en tout point et de la manière la plus scrupuleuse nos prescriptions. 5 nouveaux grains de sulfate de quinine sont prescrits pour le 8 au matin : ce jour-là nous trouvons l'état général dans des conditions bien meilleures, et tout semble vouloir rentrer dans l'état primitif : c'est ainsi que la peau a repris sa cha-

leur naturelle, que la transpiration qui la recouvre est douce et peu abondante, que le pouls est redevenu souple et d'une fréquence normale, que la langue est fraîche et déchargée, l'appétit bon et la soif ordinaire. Nous prescrivons du bouillon de poulet, de la semoule au lait, etc. Les 9, 10 et 11, continuation du mieux; mêmes prescriptions. L'amélioration fait tous les jours des progrès sensibles, le moral du blessé est excellent, les plaies offrent un aspect très bon, et marchent avec une rapidité vraiment surprenante vers la cicatrisation; toutes les fonctions s'exécutent avec une régularité parfaite, et l'on se borne à administrer deux grains de sulfate de quinine tous les matins; le 18, le malade commence à se lever et il se trouve tellement bien, qu'on ne craint pas de lui faire prendre un bain le 21 au matin; il y reste pendant une heure et en éprouve de très bons effets.

Le 22 et les jours suivans, le bras et l'avant-bras sont plongés dans un bain d'eau émolliente, où ils restent une heure, une heure et demie: dans le but de prévenir l'ankylose de l'articulation du coude, on fait exécuter à l'avant-bras, avec toutes les précautions convenables, des mouvemens d'extension, de flexion et de rotation; ces mouvemens, qui d'abord étaient très douloureux et très difficiles, deviennent de jour en jour de plus en plus libres, étendus et moins pénibles. Le 26, les plaies sont entièrement cicatrisées, et la santé générale du blessé est dans l'état le plus satisfaisant. Depuis lors, l'amélioration ne s'est pas démentie un seul instant, et M. de...... a continué à faire prendre tous les jours à son membre des bains gélatineux et sulfureux ou de sang d'animaux tués à l'abattoir de Lille.

Nous nous proposons de lui faire prendre prochainement des douches sulfureuses et de l'envoyer l'été prochain aux

eaux thermales de Barèges, afin de parvenir à rendre au membre si heureusement sauvé, toute sa force et toute sa mobilité. Cette observation m'a paru assez curieuse et assez intéressante pour que j'aie pensé qu'il était de mon devoir de la porter à la connaissance des praticiens.

Lettre de M. Ch. Sédillot à l'Académie des sciences, au sujet du rapport fait à la séance du 3 janvier, par M. le baron Larrey, sur un mémoire relatif à l'amputation coxo-fémorale. (1)

Monsieur le Président,

Sans cesser un instant d'être pénétré des plus vifs sentimens de respect et de reconnaissance pour l'illustre chef de la chirurgie militaire, qui a eu la bonté de faire un rapport très favorable, le 3 janvier 1842, sur un de mes mémoires, relatif à l'amputation coxo-fémorale, je demanderai cependant à l'Académie la permission de lui soumettre quelques observations à ce sujet.

L'observation de désarticulation de la cuisse, qui faisait l'objet de ce mémoire, avait été publiée, avec tous les minu-

(1) Nous n'avons pas inséré dans les Annales, le rapport du baron Larrey, parceque nos lecteurs ont déjà lu le mémoire de M. Sédillot dans notre tome 2, p. 273 et suiv. Ce rapport très approbatif, malgré les objections qu'avait présentées M. Sédillot, se terminait ainsi : « Les jeunes chirurgiens trouveront dans « le mémoire de M. le professeur Sédillot, des leçons utiles, et l'exemple ré- « cent d'une opération grave, difficile et remarquable, couronnée d'un plein « succès. Aussi nous avons l'honneur de proposer à l'Académie l'insertion de « ce mémoire avec les dessins qui l'accompagnent, dans le recueil des œuvres « des savans étrangers. » *Les conclusions de ce rapport sont adoptées.*

tieux détails que ne comporte pas toujours un travail académique, dans le *Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (t. XLIX, p. 271). L'histoire de mon opéré s'y trouve relatée jour par jour, ainsi que les discussions cliniques dont il fut l'occasion, et j'y avais mimon nom pour en garantir la fidélité.

En lisant dans le rapport de M. le baron Larrey plusieurs assertions contradictoires à celles que j'avais émises, j'ai craint que la malveillance ne s'emparât de cette espèce de dissidence, pour accuser ma véracité, et c'est dans ce but, que je préciserai de nouveau les faits contestés.

A la page 17 du rapport (V. les *Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences*, t. XIV n° 1), il est dit « que le malade fut envoyé à l'hôpital de perfec-« tionnement du Val-de-Grâce pour y subir l'amputation de « la cuisse à son articulation coxale, qu'on avait déjà jugée « indispensable dans les autres hôpitaux, et que le malade « lui-même réclamait avec instance. » Rambourg (le blessé), non plus qu'aucun des chirurgiens qui lui avaient donné des soins avant moi, n'avaient songé à la désarticulation de la cuisse, qui ne paraissait pas alors indiquée, l'amputation dans la continuité du membre, proposée par M. Jobert de Lamballe, à l'hôpital St-Louis, avait été précédemment refusée par le malade, et ni M. Gama, ni M. Desruelles, dans le service desquels il fut placé, avant d'entrer dans le mien, ne s'étaient occupés de la possibilité d'une semblable opération. On songeait si peu à l'amputation coxo-fémorale, que Rambourg avait été relégué dans une salle de lésions chroniques peu intéressantes, lorsqu'il me fut confié.

A la même page 17 du rapport, on voit que tous les médecins réunis en consultation, partagèrent mon avis sur la né-

cessité de pratiquer de suite l'extirpation du membre. Cependant on lisait dans mon observation déjà citée, p. 284, « que M. Bégin pensa que le fémur était nécrosé, et que le « séquestre retenu dans l'épaisseur d'un nouvel os, entrete- « nait les fistules et les autres accidens. Il proposait, en « conséquence, de pratiquer l'amputation de la cuisse, vers « le tiers supérieur du membre à la manière ordinaire, et « après avoir divisé le fémur, d'extraire le séquestre, alors « qu'il s'éleverait jusqu'au petit trochanter, puis de laisser « la plaie du moignon se déterger et marcher ensuite vers « la cicatrisation. On pouvait obtenir ainsi un tronçon de « membre peu étendu, il est vrai, mais suffisant pour y adap- « ter un cuissart, qui permettrait les mouvemens de la « hanche, tandis qu'à la suite de la désarticulation, outre « des dangers plus graves à courir, on n'aurait en définitive « à espérer que l'application d'une sellette, et le malade se- « rait condamné à faire usage de béquilles. Quoique cette opi- « nion fut séduisante et qu'elle offrît un mode de traitement « entièrement remarquable, qui doit prendre rang parmi « les plus heureuses ressources de la chirurgie, je ne crus « pas néanmoins pouvoir l'admettre en raison des considé- « rations suivantes : » M. H. Larrey avait aussi ouvert un autre avis : « Commencez (v. p. 286), disait-il, l'opération « à la manière ordinaire, comme si vous deviez faire l'am- « putation circulaire au tiers supérieur de la cuisse ; si l'exa- « men direct des parties démontre que le mal est borné à « cette hauteur, vous conserverez une portion du membre, « si au contraire vous reconnaissez la nécessité de la désar- « ticulation, vous yprocéderez sur-le-champ, en suivant les « surfaces osseuses jusqu'à la jointure, et vous aurez ainsi « accompli la méthode circulaire, conseillée par quelques

« opérateurs. » Ces détails ont été pour ainsi dire, donnés par M. Bégin lui-même, qui est le rédacteur de notre *Recueil de chirurgie militaire*, et s'ils n'eussent pas été parfaitement vrais, il ne les eût pas laissé imprimer.

Encore à la page 17 du rapport, on lit : « Tout s'est très « bien passé pendant les premières vingt-quatre heures ; « mais un travail inflammatoire assez violent survient au « moignon, qui oblige le chirurgien opérateur à couper les « points de cette suture (qui ne devait pas être pratiquée, « quelques points très lâches de suture entrecoupée et de « bandelettes agglutinatives, auraient suffi pour obtenir la « réunion exacte des lambeaux). » M. le rapporteur a blâmé la suture que j'emploie avec beaucoup d'avantages, et il avait le droit sans doute d'en exprimer sa désapprobation ; mais, en supposant des accidens qui n'avaient pas existé, n'a-t-il pas excédé un peu les limites de la critique. — Aucune inflammation n'avait forcé à retirer les épingles dont je m'étais servi, et qui n'auraient pu être *coupées*, et elles furent retirées le cinquième et sixième jour, comme on le fait dans les cas les plus favorables. Cette remarque n'est pas sans importance, car elle montre l'innocuité des sutures, telles que j'ai l'habitude de les pratiquer, tandis que les termes du rapport feraient pencher vers une opinion opposée.

Je me permettrai une dernière réflexion sur les objections que M. le baron Larrey a adressées aux explications hypothétiques auxquelles j'avais recouru pour rendre compte de l'insuccès des amputations coxo-fémorales pratiquées immédiatement. Je n'avais nullement conclu de ces suppositions à la probabilité des revers, mais en voyant ceux-ci certains et avérés, j'en avais cherché les raisons, et j'avais indiqué, je crois, les plus vraisemblables. Mes explications, auxquelles

je n'attache pas une bien grande valeur, pouvaient donc être attaquées et mises en doute sans que les insuccès signalés fussent infirmés le moins du monde, et je maintiens qu'il n'existe pas en France un seul exemple de guérison à la suite de la désarticulation immédiate de la cuisse. Je suis loin de prétendre néanmoins, qu'il faille toujours s'abstenir de cette opération, faite primitivement, car il y a des cas où toute autre conduite serait immanquablement funeste, mais j'incline vers l'amputation, quand la vie n'est pas actuellement compromise, et je fonde ce précepte sur l'incontestable autorité des faits. Telles sont, M. le président, les courtes réflexions que j'ose soumettre à l'illustre rapporteur de mon mémoire, qui ne saurait douter de mon respectueux et profond dévoûment.

Veuillez agréer, Monsieur le président, etc.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, par J. Lisfranc. Paris, 1841, t. 1, in-8, de 696 pages. Analyse par le Dr Vidal (de Cassis).

« Ils remettent toujours au lendemain le projet de payer « leur dette à la postérité. Enfin, ce lendemain arrive, « mais souvent il est trop tard; *le corps est fatigué*, *l'esprit* « *est languissant*; les idées ne sont plus que des souvenirs « équivoques; on risque de ne plus transmettre que des « vérités *rebattues, et qui ne nous paraissent jeunes que* « *parce qu'elles ont vieilli avec nous*. Tous les efforts de « l'imagination ne produisent plus qu'un style sans couleur; « enfin, la sagesse secondant notre tendance au repos, et « nous apercevant même que nous ne sommes *plus écou*- « *tés*, nous jugeons qu'il est temps que le flambeau de la « nuit fasse place à l'aurore qui lui succède, etc. »

Ceci n'a pas été écrit, en 1841, par M. Lisfranc, dans la clinique chirurgicale de la Pitié ; mais bien dans la clinique chirurgicale de Pelletan le père, et en 1810. Cette citation donne l'idée la plus juste de ce que peut être le livre d'un chirurgien qui se fait auteur à une période de la vie que j'appellerais âge de retour, si j'avais la certitude de faire accepter cette expression dans son sens le plus respectable.

Depuis quinze ans, au moins, M. Lisfranc remettait, au lendemain, l'exécution d'un grand ouvrage qui, selon lui, devait nous étonner tous, produire un grand bruit et la mort (scientifique bien entendu) de pas mal de chirurgiens. Ce lendemain est arrivé : nul bruit, personne de mort. Mais l'étonnement a été réel. On s'est étonné précisément du silence qui s'est fait autour de ce livre, et du froid accueil qu'il a reçu du public. On a cru, peut-être, qu'il n'y a rien de bien séduisant dans la production d'un *esprit fatigué ; dans des vérités rebattues qui paraissent* neuves à l'auteur, *parce qu'elles ont vieilli avec lui.* Mais ceci n'autorise pas, et surtout n'explique pas suffisamment ce silence et cette froideur ; car, à tout prendre, il ne faut pas une grande vigueur d'esprit pour composer certains livres, et il n'est pas toujours inutile de redire des vérités aussi importantes que les vérités chirurgicales. Un chirurgien si long-temps applaudi, un professeur qui remplissait son amphithéâtre aux jours et heures où Dupuytren professait ; ce chirurgien devait mieux espérer du lendemain de son livre. Pour mon compte, je ne croirais pas ma bibliothèque complètement *historiée*, si cet ouvrage n'y figurait pas. D'ailleurs, on n'achète pas toujours des livres pour les lire, et les reliquaires ne sont pas tous destinés aux dépouilles des saints.

Les puritains de notre profession (et il y en a) répondent : 1° quand la force d'esprit manque dans un livre, il faut au moins y trouver ce que l'âge y met à sa place, et ce qui vaut mieux quelquefois ; 2° il est des vérités qui peuvent se redire, mais on doit alors les revêtir d'une forme qui les rende plus faciles à comprendre et à retenir. Il n'y a rien de pis qu'une pensée vulgaire sous des formes vulgaires ; 3° la popularité d'un professeur de clinique chirurgicale, penant le règne même de Dupuytren, s'explique par la facilité des examens qu'on passait à la Sorbonne, dans le beau temps de bacchalauréat ; 4° les livres que vous ne lisez pas aujourd'hi, peuvent être lus par vos neveux, et si, dans ces pages écrites à la lueur du *flambeau de la nuit*, comme le dit Pelletan, et avec une plume que l'âge a dû émousser, ces neveux ne trouvaient pas même la douceur, la tolérance, produites par la faiblesse, ils pourraient vous faire un reproche qu'on n'articulera pas ici, parce qu'il est déjà formulé par les lecteurs.

Quand on n'est plus écouté (Pelletan), on veut écrire pour être lu. On croit que c'est là ce qui a donné à M. Lisfranc l'idée de prendre la plume. Or, j'ai déjà dit que cette idée est déjà ancienne ; car M. Lisfranc parlait de son livre pendant qu'il était très écouté ; il en parlait même plus qu'aujourd'hui. En disant que ceci est un livre, je fais une concession. Un livre est surtout livre par la méthode, par la pensée qui domine les faits, les coordonne afin d'en faire sortir des formules scientifiques propres à faciliter l'enseignement et les progrès d'une science. Or, la *clinique de la Pitié* n'a pas cette prétention philosophique. M. Lisfranc a eu la modeste pensée de ne vouloir faire qu'un recueil de

mémoires, qui ont pu passer, dans un temps, pour originaux et dont voici la liste :

Considérations sur la luette. — Application des sangsues suivant les localités. — Considérations sur les évacuations sanguines en général. — Application du stéthoscope de Laennec au diagnostic des fractures et de quelques autres maladies. — Quelques considérations sur les fractures et leur traitement. — Des cancers superficiels qu'on croyait profonds. — Quelques considérations sur le cancer. — Pustule maligne. — Levée du premier appareil appliqué sur les plaies qui ne suppurent pas encore. — De l'entorse. — Note sur le furoncule et sur la concrétion de l'humeur sébacée de la peau à la surface et dans l'épaisseur des tégumens. — Brûlures. — Nouvelles considérations sur la saignée du bras. — Règles générales pour la ligature des artères, suivies de quelques observations. — Un mot sur l'anévrysme faux primitif. — Note sur la nécrose et la carie. — Note sur l'ophthalmie nerveuse. — Tumeurs indurées et circonscrites siégeant dans l'épaisseur des paupières. — Règles générales pour l'extirpation et pour l'amputation des tumeurs. — Considérations sur le traitement de l'esthiomène ou dartre rongeante. — De l'injection et de la fluxion sanguines. — Quelques considérations sur les hernies. — Si les fistules peuvent produire les indurations qui les entourent, souvent les indurations peuvent aussi entretenir les fistules. — Les plaies pratiquées sur des tissus lardacés non squirrheux, et non parvenus à l'état pultacé, peuvent ramener ces tissus à l'état normal ; des scarifications faites pour obtenir la résolution des indurations. — Règles générales pour les désarticulations. — De l'ulcère simple dit atonique. — Tumeurs blanches des articulations. — Quelques considérations sur l'exostose non vénérienne.

On voit, que dans cette table, il n'y a pas la moindre intention d'ordre ; ce sont des articles de journaux, des leçons qu'on a cousus ensemble. *Les considérations sur la luette*, qui forment le premier chapitre, auraient pu composer le dernier, sans grand dommage pour l'ouvrage qui n'en eût pas été plus mauvais ni meilleur. Ces mémoires sont aussi bien là que dans les journaux. Je me trompe, dans les journaux, ils sont mieux placés, parce que, se trou-

vant en contact avec les travaux des autres chirurgiens, ils peuvent permettre des comparaisons sur leur mérite relatif, ce qui rompt la monotonie de la lecture d'un recueil écrit par le même auteur. On voit que je suppose qu'un auteur qui publie un recueil, l'écrit entièrement *lui-même*.

Mais si M. Lisfranc a confié au prote, le soin de classer ses mémoires, s'il s'est privé des secours de la philosophie, dans son ouvrage, il ne l'a pas dédaignée dans sa *préface*. Là M. Lisfranc a voulu exposer ses principes. Cette seule intention mérite des éloges que je fais ici dans toute la sincérité de mon âme, car aujourd'hui rien de plus commun que d'entendre des hommes qui se disent savans, se vanter de ne pas avoir de principes. A force de mal parler théorie, système, ils ont tellement déconsidéré ces mots, qu'il faut un certain courage pour les prononcer, en bonne part. M. Lisfranc n'est pas de cet avis; il a raison et sa préface le prouve. Or, quand on se fait philosophe on devient tolérant, et M. Lisfranc me permettra ici de le discuter, ce que ne permettent pas tous les professeurs, surtout les professeurs de médecine opératoire. La première question que M. Lisfranc soulève, sans s'en douter peut-être, n'est ni plus ni moins que la grande question de la préséance, dans l'enseignement, de l'analyse et la synthèse. Mais prenons la question dans les termes de l'auteur: selon lui, la *Clinique* ne devrait pas être *le complément des études médico-chirurgicales;* il serait préférable de mettre d'abord l'élève en présence des faits cliniques avant de lui faire ouvrir les livres de pathologie. Car « tout, pour ainsi dire, paraît « simple dans la plupart des livres, où trop souvent les « maladies sont décrites exemptes de complications; on y

« établit fréquemment des diagnostics certains, etc. (*Pré-*
« *face*, pag. ij.)

Je réponds à M. Lisfranc que c'est précisément là ce qui fait que le livre doit précéder l'observation : c'est précisément cette simplicité à laquelle on réduit le fait pathologique qui doit lui donner le pas sur le fait complexe, car c'est toujours du simple au composé qu'on doit procéder dans un bon enseignement. Il est vrai que les maladies décrites dans les livres sont un peu idéalisées ; ce sont des types, des tableaux dont les traits appartenant à plusieurs individualités ressemblent un peu à toutes et ne ressemblent parfaitement à aucune d'elles. Enfin, on donne dans les livres l'*idée* et non la *réalité* pathologique. Eh! bien, je soutiens que l'élève qui en entrant, dans les études cliniques, a déjà cette idée de la maladie fera plus de progrès que celui à qui cette première notion manque. D'ailleurs est-ce qu'on peut séparer les études théoriques des études pratiques? Est-ce que, dans tous les livres de pathologie, la clinique n'est pas expressément recommandée? Est-ce qu'on ne dit pas à toutes les pages : voilà ce qu'il y a de plus *vraisemblable*, mais le *vrai* vous ne le trouverez pas dans ce livre, parce qu'il n'est que dans celui de la nature. Personne d'ailleurs ne vous donnera les connaissances pratiques, pas plus le livre qui est intitulé *Traité pratique*, que le professeur de clinique quel que soit son talent et sa bonne foi. Le livre, et le professeur peuvent mettre sur la voie de la pratique, mais le praticien se fait lui-même. Or, cette voie n'est ouverte et éclairée que par une bonne philosophie, laquelle se trouve souvent chez les hommes qui pensent beaucoup et jamais chez ceux qui se contentent d'agir.

On compare souvent les études cliniques aux études ana-

tomiques ; M. Lisfranc répète cette comparaison. Il pense que ce serait ridicule d'étudier l'anatomie dans les livres, avant de l'étudier sur le cadavre. Mais que fait-on tous les jours? on lit la description d'un organe en présence du cadavre ou c'est le démonstrateur qui tient lieu de ce livre. Or, cet organe, vous le saurez mieux quand déjà le livre vous en aura donné une idée. Les grandes considérations anatomiques, les rapports de cette science avec la physiologie et la pathologie, vous sont enseignés dans des livres dont la lecture vous aidera singulièrement dans l'étude des détails qui, sans cela, serait d'une aridité repoussante et ne vous laisserait que des impressions promptement effacées par le temps. Ainsi, l'étude de l'anatomie est absolument comme l'étude de la chirurgie, comme l'étude de toutes les sciences qu'on veut bien étudier.

Il est vrai que les élèves devront se mettre le plus tôt possible en rapport avec les praticiens; ils devront, le plus tôt possible, hanter les cliniques. Cependant, ne hâtons pas trop ce moment, car l'élève ne va pas seulement aux cliniques pour écouter un maître, pour lui voir exécuter des opérations, prescrire des médicamens ; il y va surtout pour observer par lui-même. Or, l'observation est hérissée de difficultés ; pour la faire d'une manière indépendante et éclairée, il faut déjà un degré de maturité dans les études que vous ne trouverez pas dans les élèves qui n'ont pas encore lu des livres de pathologie. Il pourra même y avoir un danger, pour ces élèves, de fréquenter trop tôt les cliniques; car, ne sachant voir par eux-mêmes, ils pourront ne voir que par l'œil du maître, et s'il arrive que ce maître ait un système à faire prévaloir et pour lequel il se passionne, s'il est des méthodes opératoires dont il se croit l'inventeur, il peut

facilement tromper un élève trop jeune; et l'erreur puisée dans les cliniques sera autrement grave que celle qui vient d'un livre, parce qu'il est prouvé que ce qu'on a lu se retient moins que ce qu'on croit avoir vu. Si je ne craignais ici de trop prouver ce que j'avance, et d'aigrir une discussion à laquelle je désire conserver un caractère philosophique, je citerais des faits qui mettraient à nu tout le mal qu'ont fait à de jeunes élèves de *mauvaises cliniques;* je sais aussi que les mauvais livres ont leurs dangers, mais ils ne sont jamais aussi grands que ceux produits par les mauvais exemples.

M. Lisfranc devait nécessairement parler de la *Médecine opératoire*: il en avait le droit. Aucun cours de *manœuvres* n'a été suivi comme le sien, et quand il dit: « Nous avons « mis plus d'exactitude *peut-être* dans la description des mé- « thodes et des procédés opératoires que nos devanciers, » M. Lisfranc se fait petit et modeste. M. Lisfranc croit devoir cette exactitude au *système linéaire*: «Nous avons fait justice, « dit-il, de ces expressions vagues et ridicules: *Oblique de* « *haut en bas, de dehors en dedans et de gauche à droite*.. « Nous avons emprunté au système linéaire sa précision *pres-* « *que* toujours mathématique, etc. » Eh bien! je dirai, moi, qu'un système linéaire qui ne fournit qu'un pareil résultat, qui ne donne qu'une *précision presque toujours mathématique*, ne nous avance pas plus que le système que nous avons toujours suivi, et entre un professeur qui dit *presque toujours* et un autre qui dit *à-peu-près toujours*, il n'y a aucune espèce de différence. Seulement, si un des deux se sert des formules qui ont un air mathématique, il pourra induire en erreur les élèves qui ne savent pas que, dans une science exacte, *à-peu-près* et *presque* sont la même chose, et qu'un système linéaire qui est *presque* mathématique n'est pas un système li-

néaire. Heureusement, depuis qu'il y a plus de lumières répandues parmi les élèves, depuis les exigences académiques dans les examens pour le baccalauréat, il y a peu d'élèves qui pourraient être trompés par un langage pareil; aussi le système linéaire qui n'est que quasi-mathématique baisse de jour en jour. Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a voulu appliquer le compas et l'équerre à l'étude de l'homme et à la pratique des opérations chirurgicales. On est parvenu à des probabilités et non à des certitudes. Tous les jours dans les amphithéâtres on peut expérimenter le système linéaire qu'on trouve *presque* satisfaisant, quand, dans la région qui est le théâtre de l'opération, tous les élémens sont dans leur état, leur rapport naturels. Mais les lignes font entièrement défaut dès qu'il y a perversion de cet état. Or, c'est ce qui arrive, le plus souvent, quand nous prenons l'instrument pour exécuter une opération chirurgicale. Une tumeur à l'aine ou dans l'aisselle peut changer la plupart des rapports de ces régions; il en est de même d'une fracture, d'une luxation, pour les membres. Ces dernières lésions peuvent rendre illusoires les formules mathématiques. On dira que souvent, aux membres, on opère sur des régions qui ne sont le siége d'aucune lésion; c'est ce qui arrive pour certaines amputations, pour certaines ligatures d'artères; mais alors peuvent exister des anomalies dans la distribution des principales artères, dans la direction et le développement des extrémités osseuses qui rendront encore illusoires les données que vous fournira le système linéaire. Je me rappellerai toujours une certaine amputation du pied dans l'articulation tarso-métatarsienne. L'opérateur était celui qui devait le mieux connaître le système linéaire et ses applications; celui qui devait le mieux exécuter une pareille opération. Eh bien! je n'ai jamais assisté à une am-

putation aussi longue, aussi laborieuse et aussi médiocrement exécutée. On eut surtout une peine incroyable pour ouvrir l'articulation en dedans, c'est-à-dire pour séparer le premier métatarsien du premier cunéiforme. Cette opération a été exécutée, en public, à *l'Hospice de perfectionnement*, aujourd'hui *Clinique des Hôpitaux*. L'opérateur était alors agrégé et remplaçait M. Bougon qui était en voyage. Est-ce clair? Je ne dirai pas qu'un chirurgien moins mathématicien eût mieux opéré; mais on me permettra de croire qu'il n'eût pas été moins habile.

M. Lisfranc termine sa préface par des considérations qui se rattachent autant à la chirurgie qu'à la médecine. C'est toujours une bonne chose que de montrer l'alliance de ces deux sœurs qui ne devraient jamais être séparées, et qui le sont précisément par ceux qui prêchent le plus cette salutaire union. « A l'exemple de quelques médecins, dit « M. Lisfranc, tâchons de faire suivre à la médecine et à la « chirurgie, autant que le permet leur état actuel, la voie « tracée par les sciences *physiques* et *mathématiques;* le « vœu émis par de Laplace, lors de la création de l'Institut, « sera réalisé; *fière de sa logique* et de ses véritables pro- « grès, la médecine sera alors comptée au nombre des « sciences exactes. »

Je respecte ce vœu et je ne puis blâmer ceux qui travaillent à son accomplissement. Pour trouver la certitude médicale, il est certain qu'on doit entrer dans la voie des sciences exactes et emprunter leur logique. Mais alors je ferai observer à M. Lisfranc que la médecine n'aura pas à être *fière de sa logique*, puisque cette logique ne lui appartiendra pas. Aujourd'hui, au contraire, la médecine a sa logique dont elle est fière à Montpellier et dont elle se vante un peu moins

à Paris. Dans cette logique, l'élément vital entre pour beaucoup. Entendez les raisonnemens des médecins : il est à tout instant question du principe vital des propriétés vitales, etc. Le jour où vous aurez fait disparaître ces mots et qu'ils auront été remplacés par ceux d'*affinité*, d'*attraction*, etc.; ce jour-là, la médecine n'aura plus sa logique ; alors elle ne formera plus une science à part; elle sera une dépendance des sciences physiques dans lesquelles elle se résoudra. Ce jour-là, je ne sais pas de quoi la médecine pourra être fière, mais à coup sûr, ce ne sera pas de sa logique. On va dire que je dispute sur des mots. Je réponds d'abord qu'on ne peut disputer que sur les mots, parce qu'eux seuls représentent les idées dans les livres, et d'ailleurs la philosophie n'est que dans sa langue : le jour où cette langue sera bien faite, la vraie philosophie sera organisée. Il faut donc que ceux qui veulent en parler sachent un peu ses termes les plus usités.

On a vu, par la table des matières que j'ai déjà reproduite, quels sont les sujets qui ont été traités dans le premier volume de M. Lisfranc. Aucun d'eux ne réclame une analyse, car tous sont fort connus des lecteurs. D'ailleurs, il est plus naturel de toucher aux détails chirurgicaux dans un second article, et comme, au deuxième volume, il sera question probablement des maladies de matrice, alors je me propose de donner une analyse critique de cette partie des travaux de M. Lisfranc, car quoique sur ce point ses principes et sa pratique soient connus, il y encore beaucoup à dire sur eux. D'ailleurs après avoir prouvé comment un chirurgien sait philosopher, il sera plus naturel de dire comment il fait la chirurgie. J'ai déjà dit, très indirectement à la vérité, ce que je pensais du style de M. Lisfranc. Les amis de l'auteur ont regretté de trouver

dans son livre des phrases de haut goût et qui ressemblent un peu trop à celles qu'il débitait dans son amphithéâtre. J'ai parlé plus haut de l'opinion des puritains de notre profession. Quant à moi, je trouve les déclamations de l'auteur très innocentes au fond, car elles ne s'adressent qu'à des hommes d'un mérite qui n'est plus contesté, à des hommes d'un avenir assuré, ou aux gloires de notre profession. Les écarts de M. Lisfranc ne viennent que d'un manque de goût, de quelques mauvaises fréquentations littéraires et non d'une mauvaise nature; ainsi, je ne suis pas le moins du monde disposé à m'indigner contre l'auteur de la *Clinique chirurgicale de la Pitié*. Je voudrais, au contraire, trouver l'occasion de dire ma pensée sur ceux qui travaillent sourdement à étouffer les réputations naissantes et qui, *honorés* pour faire progresser la science, ne travaillent qu'à arrêter son essor. D'ailleurs M. Lisfranc n'est pas rancuneux; on n'a qu'à mourir pour qu'il vous pardonne. On sait que Dupuytren, par cela même qu'il était le plus grand, le plus fort, était le plus maltraité par M. Lisfranc. La mort a changé les invectives en complimens. En parlant des difformités causées par les brûlures, M. Lisfranc dit : « Pour en donner une idée exacte, je vais emprunter les passages suivans à l'illustre Dupuytren, *qui a d'ailleurs si bien et tant élargi le domaine des brûlures* (1). J'avoue, pour ma part, que si Dupuytren n'avait fait qu'étendre le domaine d'une maladie, je ne l'appellerais pas illustre, et si M. Lisfranc est si généreux pour Dupuytren qui a agrandi la brûlure quels seraient ses éloges si le chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait fait le contraire!

VIDAL (de Cassis).

(1) *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié*, tome 1, page 244. — Lig. 17.

REVUE CHIRURGICALE.

Compte rendu des travaux chirurgicaux de l'Académie royale de Médecine, pendant l'année 1841.

Il nous a paru intéressant de réunir en un article tout le labeur académique pendant l'année qui vient de s'écouler, en ce qui touche les matières de la chirurgie. Plusieurs des questions dont il va être parlé ont été reproduites en détail dans ce journal ; nous ne ferons que les mentionner pour l'exactitude de l'ensemble. Nous avons mis en tête de chaque communication la date précise de l'époque à laquelle elle a eu lieu. Il ne suffit pas de connaître un fait ou une doctrine, il faut encore savoir à quelle époque ils se sont introduits dans la science. C'est le moyen de conserver à chaque chose sa place, et à chacun son droit.

Diverses observations de chirurgie, par M. Bouyer, chirurgien, à Saintes. — *Rapport* de M. Velpeau (5 janvier).

Il s'agit, dans ce rapport, de cinq observations adressées à l'Académie par M. Bouyer. En voici le résumé :

1re Obs. Une femme, âgée de 54 ans, portait dans l'orbite une tumeur du volume d'un œuf, qui avait détruit une portion de la paupière inférieure, la totalité de la paupière supérieure et la moitié externe du sourcil. Cette tumeur était cancéreuse. M. Bouyer en pratiqua l'extirpation. Il tailla ensuite sur la tempe un lambeau semi-lunaire de tégumens, destiné à remplacer la paupière détruite. L'opération eut un plein succès, et l'œil, qui n'avait point perdu ses fonctions, continua de les remplir.

M. Velpeau se demande comment les muscles droits in-

terne et supérieur ayant été enlevés, d'après le dire de l'auteur, la position de l'œil n'en a point été changée.

2ᵉ Obs. Femme de 37 ans; cancer du rectum; cachexie cancéreuse. M. Bouyer ne s'en décide pas moins à pratiquer l'opération; quatre pouces environ du rectum sont enlevés, et au bout d'un an le succès ne s'est point encore démenti. M. Bouyer, dit M. Velpeau, signale, dans son observation, un phénomène important que j'ai constaté plusieurs fois, c'est que, pendant la cicatrisation de la plaie, le bout inférieur de l'intestin divisé s'abaisse considérablement, en même temps que la peau de la marge de l'anus remonte. Aussi, chez la malade, qui avait perdu quatre pouces d'intestin, n'y eût-il, en définitive, qu'une cicatrice haute d'environ un pouce.

3ᵉ Obs. Mâchoire supérieure et amygdale dégénérée, enlevées chez une jeune fille, qui mourut d'une hémoptysie au bout d'un mois.

4ᵉ Obs. Parotide extirpée chez un officier; guérison. M. Velpeau pense qu'il s'agissait de ganglions lymphatiques dégénérés, et non de la parotide. C'est possible, et la méprise a été commise souvent. Il n'en faut pas moins savoir qu'il existe des cas authentiques d'extirpation de la parotide dégénérée.

5ᵉ Obs. Femme affectée 1° d'une tumeur volumineuse enveloppant l'angle et la branche horizontale de la mâchoire; 2° d'une tumeur dans la région parotidienne; 3° d'une tumeur derrière l'oreille. Il existait, en outre, une exophthalmie manifeste. M. Bouyer enleva en entier la tumeur maxillaire et la tumeur mastoïdienne; mais il ne put enlever entièrement la tumeur parotidienne. La plaie de cette grande opération finit par se réduire; mais le mal repullula, et la femme succomba

quelques semaines après l'opération. Tout le monde sera de l'opinion du rapporteur : dans un cas semblable, il eût fallu ne pas opérer.

Coup de feu à la cuisse avec fracas du fémur; guérison sans l'amputation (même date).

Le militaire qui fait le sujet de cette communication a été rencontré par M. Larrey à la cérémonie funèbre relative à la translation du corps de l'empereur. Il avait eu, par suite d'un coup de feu, le fémur brisé, et avait perdu une portion de dix centimètres environ de cet os. L'artère fémorale et le nerf poplité avaient été respectés; cet ancien soldat, nommé Dewewerne, marche sans béquilles et sans appui. Le raccourcissement est en raison de la perte de substance que l'os avait subie. La cure s'est opérée sous l'action de l'appareil inamovible, appliqué par M. Larrey lui-même. On peut voir trois ou quatre cas analogues aux Invalides. Les vétérans qui les présentent ont été également pansés de la même manière par M. Larrey. Ces faits sont à considérer; mais il n'en subsistera pas moins que le plus souvent il n'y a guère de chance de conserver la vie sans l'amputation.

De l'emploi de la suie dans différentes affections de la vessie; par M. le Docteur Giboin. — Rapport de M. Civiale (12 janvier).

M. Giboin rapporte très sommairement six cas de catarrhe ou d'ulcérations de la vessie, traités sans succès par les émissions sanguines et les injections émollientes, dans lesquels la suie procura, sinon toujours la guérison, du moins une diminution notable des douleurs et le rétablissement du sommeil. C'est sous forme de décoction, à la dose de 120 grammes par kilogramme d'eau, qu'il l'emploie en injections, après avoir filtré la liqueur.

M. Civiale a essayé ce moyen, et le résultat n'a pas confirmé les assertions de M. Giboin. Quelquefois, cependant, l'eau de suie a calmé les douleurs, qui avaient résisté à une forte décoction de pavots ; il faut être prévenu que les premières injections semblent exaspérer le catarrhe ; le malade éprouve plus de douleur pour uriner ; les besoins se rapprochent, et le dépôt de l'urine est plus copieux, effet que d'ailleurs produisent toutes les injections stimulantes, et surtout celles avec le nitrate d'argent. Mais bientôt les accidens s'apaisent, et le calme de la nuit s'établit, comme l'a vu M. Giboin. Là, dit M. le rapporteur, s'est borné l'amélioration que j'ai obtenue, et qui ne s'est même pas soutenue ; dans d'autres cas, ajoute-t-il, je n'ai observé que l'exaspération du catarrhe à la suite des premières injections. M. Civiale pense qu'il y aurait de l'inconvénient à trop se hâter d'introduire la suie dans la thérapeutique, attendu que ce produit est très complexe et très variable. Mieux vaudrait, suivant lui, employer d'autres substances, mieux connues et plus constantes, si l'eau simple, à température variée, remplissant le double but d'entraîner les dépôts de l'urine et de ranimer la contractilité vésicale, n'était elle-même parfaitement convenable.

Communication sur l'anatomie pathologique du strabisme, par M. Bouvier (même date).

Il s'agit d'une femme de 82 ans, morte à la Salpêtrière, et affectée depuis son enfance d'un strabisme divergent de l'œil gauche. Cet œil attentivement examiné, on a constaté que le muscle droit externe était dans les mêmes conditions de relâchement et d'étendue que les autres muscles droits. La conclusion est que le strabisme n'est pas

comme le pied-bot le résultat d'une contracture, mais qu'il faut y voir une simple perversion de la contraction.

Recherches sur le strabisme, par M. LUCIEN BOYER (même date).

Les expériences dont il est question dans cette communication ont porté M. Lucien Boyer à conclure que lorsque les muscles de l'œil ont été complétement coupés, leurs extrémités ne se soudent jamais l'une à l'autre, et que leur réunion au globe de l'œil se fait par une aponévrose de nouvelle formation, qui s'insère toujours postérieurement à l'insertion primitive, sur la sclérotique : enfin, le travail de réunion est déjà évident au bout d'un temps très court, et le muscle, allongé par l'intervalle qui existe entre ses deux bouts coupés, peut manifester son action devenue presque normale. Dans ses opérations sur l'homme, M. L. Boyer a suivi le procédé de MM. Stromeyer et Dieffenbach; seulement, au lieu de se servir d'érignes pour saisir la conjonctive, il emploie des pinces-mousses à dents et à pression continue, qui ont, dit-il, l'avantage de ne pouvoir piquer la cornée.

Fracture de la rotule chez un vieil invalide; consolidation; par M. ELOIRE (19 janvier).

Il a été longuement question de ce fait intéressant dans nos *Annales*, t. 1, pag. 336, où il a été donné complet.

Relation chirurgicale sur l'évènement de Boulogne, par M. GORRÉ fils. — Rapport de M. de LARREY (26 janvier).

Le seul cas intéressant de cette communication est celui du Polonais Vengenski, âgé de 43 ans, qui fut atteint d'un coup de feu à l'épaule. L'humérus était fracturé depuis sa tête jusqu'au milieu de sa diaphyse, l'articulation ouverte,

les parties molles étaient dilacérées. L'amputation fut pratiquée immédiatement par M. Gorré qui, en raison de l'état des parties, suivit le procédé de Lafaye. Il n'y eut qu'une ligature à faire, celle de l'artère axillaire. L'opéré quitta Boulogne pour se rendre à Paris le vingt-huitième jour après l'amputation. M. Larrey pense que l'état des parties aurait permis à M. Gorré de suivre son procédé au lieu de celui de Lafaye, d'ailleurs parfaitement exécuté. L'amputation était nécessaire, « car, dit M. Larrey, lorsque le fracas de l'os du bras s'étend jusqu'à sa cavité médullaire, comme chez ce Polonais, ainsi que votre Rapporteur l'a indiqué dans ses Mémoires, l'extirpation du membre est indispensable; tandis que si la fracture se bornait à la tête ou au col de l'humérus, et que les principaux vaisseaux du membre ne fussent pas lésés, on devrait se borner à l'extirpation de la tête de cet os, et l'on conserverait ainsi le bras du blessé, opération spéciale que votre Rapporteur a eu l'occasion de pratiquer sept fois sur les champs de bataille.» M. Larrey profite de cette occasion pour parler d'un de ses anciens blessés, qu'il a retrouvé à la cérémonie funèbre de la translation du corps de l'Empereur. Ce sujet, nommé Lotz, trompette aux mamelucks de la garde, âgé alors de 22 ans, reçut, au combat de Golomyn, campagne de Pologne, 1807, un coup de sabre tellement violent au bras droit que toutes les chairs et l'humérus entier furent coupés au niveau du col anatomique de cet os; la plaie s'étendait jusqu'à l'apophyse coracoïde, dont le sommet fut renversé sous le petit pectoral. Le bras ne tenait plus au tronc que par les tendons des muscles grand-dorsal et grand-pectoral, ainsi que par les vaisseaux axillaires qui avaient échappé au tranchant de l'arme. M. Larrey enleva la tête de l'humérus, et

le blessé fut pansé méthodiquement. L'extrémité tronquée de l'os du bras s'est soudée avec le point déclive de la cavité glénoïde, et le blessé se sert parfaitement de sa main et de son avant-bras.

Nouveau procédé pour obtenir la réunion immédiate des anus contre nature, de l'hypospadias et des plaies simples, par M. Décès. — Rapport de M. Velpeau (26 janvier).

L'instrument de M. Décès offre deux variétés : l'une que M. Décès nomme *tenaculum simple*, représente une double tête de béquille, qu'une tige courbée en arc réunirait par une sorte de charnière vers son milieu ; l'autre, appelé *tenaculum double*, diffère du précédent en ce que ses branches sont deux ou trois fois plus longues, en ce qu'il a deux arcs à charnière au lieu d'un, et en ce qu'il représente assez bien la miniature d'un cerceau de lit à deux cercles. On soulève en masse la solution de continuité qu'il s'agit de réunir, afin d'embrasser le double pli cutané avec les mors du tenaculum ; le mécanisme des arcs de cet instrument permet de le fixer en place par quelques tours de vis, et d'exercer sur la peau tel degré de compression que l'on veut. Les bords de la plaie, soit récente, soit nouvellement avivée, sont ainsi maintenus libres en avant du tenaculum : on les tient convenablement affrontés par de petites plaques de diachylon, et l'opération est terminée dès ce moment. Les observations de M. Décès ne sont pas concluantes en faveur de son instrument, dont l'utilité nous semble douteuse.

Luxation congénitale du fémur, par M Bouvier (26 janvier).

Voyez, pour cette observation et les réflexions dont nous l'avons accompagnée, tome 1er, page 349.

Remarques sur le strabisme, par M. Phillips (26 janvier).

Il ne faut opérer les strabiques des deux côtés que quand les deux yeux louchent parallèlement, c'est-à-dire quand la déviation est au même degré des deux côtés. Les deux opérations doivent être faites le même jour.

Dans le strabisme convergent, l'œil est quelquefois dirigé en dedans et en haut ; cette variété peut entraîner une erreur de diagnostic préjudiciable au malade, car on peut couper un muscle inutilement ; voici comment : le droit interne et le droit supérieur ont quelquefois leur extrémité antérieure divisée en deux ou trois faisceaux séparés par du tissu cellulaire ; supposons que le droit interne ainsi bipalmé se contracte vicieusement ; en même temps que le faisceau inférieur qui représente l'insertion normale portera l'œil en dedans, le faisceau supérieur le portera en haut. La bifurcation est fréquente, car M. Phillips l'aurait rencontrée 41 fois sur 63. Comme la contraction du grand oblique entraîne aussi l'œil en dedans et en haut, l'erreur, ainsi qu'on le disait tout-à-l'heure, est facile. On l'évitera, toutefois, d'après M. Phillips, qui, à notre sens, tombe ici dans une illusion, en remarquant que la contraction du grand oblique fait bomber l'œil et rend la vue courte du côté affecté, ce qui n'a pas lieu quand la même variété de strabisme est produite par le droit interne bifurqué.

Mémoire sur l'inopportunité de la section des muscles du dos dans les déviations latérales de l'épine, par M. Bouvier (2 février 1841).

Nous n'avons rien à dire sur ce beau travail que nous sommes heureux d'avoir pu offrir à nos lecteurs, en son entier, quant à la première partie, t. III, page 385. La seconde est destinée à un de nos plus prochains numéros.

Pierre de 40 grammes, rendue spontanément par une femme de 80 ans, par M. Ségalas (9 février).

Je place sous les yeux de l'Académie, dit M. Ségalas, une masse de pierres rendues spontanément par une vieille femme. Voici d'abord 430 graviers rendus il y a trois ans, dans l'espace d'une année. Ils pèsent ensemble 4 grammes. Voici, ensuite, 20 petites pierres rendues dans l'année suivante : elles pèsent près de 5 grammes. Voici, enfin, 4 pierres rendues en même temps et en dernier lieu; les 4 pèsent 50 grammes. L'une d'elles, à elle seule, en pèse 40, et offre 5 pouces de circonférence. L'expulsion de celle-ci a nécessité de grands efforts, et donné lieu à une perte de sang assez considérable, et à une incontinence d'urine. L'incontinence, d'abord continue, a été amendée au point que maintenant la malade garde ses urines une heure et plus.

Les cas semblables à celui de M. Ségalas ne sont pas rares : lui-même le fait remarquer. Des femmes ont rendu des pierres pesant 3 onces et au-delà. Dans une observation présentée à l'Académie des sciences par le même auteur, le calcul pesait 105 grammes.

Anatomie pathologique du strabisme, par M. Bouvier (même date).

Le cas de strabisme convergent dont il est question dans cette communication, vient à l'appui de celui que M. Bouvier avait déjà fait connaître, et dont il est parlé p. 207. Ici, cependant, le muscle interne était un peu raccourci ; mais il permettait parfaitement à l'œil de se porter dans le sens opposé.

Discussion sur l'opération du bégaiement (16 février).

Nous constatons ici la naissance officielle d'une question qui a tant et si vivement préoccupé les chirurgiens. Cette

question a eu une grande place dans ce journal : il serait inutile d'y revenir.

Mémoire sur quelques questions relatives à l'opération du strabisme, par par M. Bouvier (16 février et 20 avril).

M. Bouvier commence par faire la part de M. Phillips, élève, dit-il, et émule de Dieffenbach. C'est de l'arrivée de ce chirurgien à Paris que l'auteur fait dater pour son propre compte ce qu'il appelle la période d'évidence de l'opération du strabisme. Il se pose ensuite les questions suivantes :

Le strabisme est-il toujours une affection musculaire? — Oui.

De quelle nature est l'affection musculaire qui constitue le strabisme ? — Cette affection résulte d'un excès de contraction plutôt que d'une perte de longueur comme dans les contractures. L'anatomie pathologique le prouve (Voyez les faits cités plus haut et *Bulletin de l'Acad. Royale de Médecine*, tome VI, pag. 471 et 624). Toutefois, dans quelques cas exceptionnels, un raccourcissement du muscle peut s'opérer. M. Bouvier en cite un cas observé par lui chez une femme de 76 ans, affecté depuis l'âge de 12 ans, d'un strabisme convergent de l'œil gauche. Le droit interne était plus court de 4 millimètres, et l'externe allongé d'autant ; l'œil ne pouvait, pendant la vie, être porté en dehors. Le tissu cellulo-aponévrotique, déjà décrit par Tenon, et récemment par MM. L. Boyer et Bonnet, les gaînes qu'il fournit aux muscles, peuvent participer à la rétraction, surtout quand l'œil est peu mobile. « En résumé, dit M. Bouvier, l'affection musculaire qui constitue le strabisme est une contraction prédominante de certains muscles, quelquefois intermittente, rarement permanente au même degré, mais toujours supérieure à celles des muscles congénères de l'autre œil, les-

quels sont les muscles agissant dans le sens contraire. Cette contraction n'est pas toujours accompagnée de raccourcissement du muscle, supposé à l'état de relâchement, et d'allongement du muscle opposé; elle doit l'être assez souvent du raccourcissement des tissus fibro-celluleux, placés dans le sens de la déviation. »

Quel but spécial doit atteindre la myotomie pour procurer la guérison du strabisme? — « Redresser l'œil par la section des muscles qui le brident n'est pas l'unique fin que doit atteindre l'opération du strabisme. On n'aurait fait que changer la nature de la difformité, si l'œil ne devait pas recouvrer la plénitude de ses mouvemens, si la discordance qui existait entre ces mouvemens et ceux de l'œil opposé n'était pas détruite. Les conditions de succès de cette opération sont donc, d'après ce qui précède, de réduire aux limites normales la contraction en excès dans les muscles affectés, de remédier à leur perte de longueur, s'ils en ont éprouvé, d'allonger les tissus cellulo-fibreux raccourcis; en un mot, de rétablir l'équilibre de tension et d'action entre toutes les parties musculaires et aponévrotiques qui déterminent la direction et les mouvemens de l'œil; problème bien autrement compliqué que le simple redressement des leviers osseux des membres inférieurs, par exemple. »

Quelles conditions doit remplir le procédé opératoire pour conduire à la guérison du strabisme? — 1° Il faut couper tout le muscle, sans laisser une seule fibre intacte; 2° « il importe, en divisant le muscle, de l'isoler suffisamment de l'œil et des parties voisines, de détacher ses deux bords, de décoller sa face profonde. Ces précautions observées et prescrites par MM. Dieffenbach et Phillips, favo-

risent la rétraction du bout postérieur et son implantation en arrière de son ancienne insertion. « 3° Faut-il réséquer le bout antérieur ? M. Phillips le conseille. On a cependant guéri nombre de strabismes sans cette précaution. Néanmoins, comme elle n'est pas de nature à causer des accidens, il semble, dit M. Bouvier, préférable de l'employer. 4° « Trop d'affaiblissement du muscle divisé et de prédominance de son antagoniste pourrait résulter d'un décollement trop étendu, de la section de la plus grande partie des liens de toute espèce qui contribuent à fixer l'œil, et qui l'empêchent d'obéir trop facilement à l'action du muscle opposé, peut-être aussi de la résection d'une trop grande portion musculaire. En général, il est arrivé bien plus fréquemment qu'on ait péché par trop de timidité que par trop de hardiesse... »

Quel mode d'influence l'opération du strabisme exerce-t-elle sur la vision? — Quelques sujets qui voyaient à peine de leur œil strabique acquièrent rapidement la plénitude de leur faculté visuelle, par l'effet de l'opération. On ne peut admettre, d'après M. Bouvier, que la faiblesse de la vue dépendît de l'inaction prolongée de l'œil ni de la pression exercée par le muscle contracté. Le fait reste à expliquer.

Ectropion guéri par autoplastie, par M. A. Bérard (16 février).

Un jeune boucher avait eu, quatre ou cinq mois auparavant, la paupière inférieure détruite par une pustule maligne. Après avoir arrêté les progrès du mal, M. Bérard songea à réparer la perte de substance. Un lambeau pris sur la région temporale fut rabattu jusqu'au niveau de la paupière inférieure. Le bord supérieur du lambeau fut réuni à l'inférieur de la paupière et son bord inférieur aux tégumens de la joue. Le tout fut maintenu en place par des agglutinatifs. Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, les plaies sont cicatri-

sées, le lambeau, parfaitement vivant, offre la coloration normale de la paupière.

Opération du strabisme, par M. Phillips (16 février).

Le sujet, affecté d'un strabisme convergent de l'œil gauche, a été opéré et guéri, bien qu'une taie existât sur la cornée. M. Phillips entre dans quelques détails sur le strabisme optique, qui lui semble imaginaire. (Voyez son ouvrage : *De la Ténotomie sous-cutanée*, Paris, 1841, pag. 206 et suiv.)

Sur les signes de l'ovarite, par M. Leroy d'Etiolles. — Rapport de M. Villeneuve (23 février).

Les signes indiqués par M. Leroy ne sont rien moins que certains. Ce chirurgien rapporte deux cas de prétendue ovarite aiguë par suite d'injections émollientes dans l'utérus. Pour se former un jugement sur ces faits, on n'a qu'à se reporter à ce que nous avons dit dans ce journal sur les injections intra-utérines. Nous nous joignons à M. le rappporteur quand il déclare que, dans tous les cas, on ne saurait admettre l'idée d'une inflammation de l'ovaire dans les observations dont il s'agit, et qu'on ne peut y voir que le résultat d'une sensibilité exaltée.

Observations d'un cas de rétroversion de l'utérus pendant le quatrième mois de la gestation, par le docteur Ch. Gérard. — Rapport de M. Capuron (2 mars).

Cette observation étant un peu longue et d'ailleurs très intéressante, nous la réservons pour notre premier numéro, où nous l'insérerons avec les réflexions qu'elle a inspirées à M. Capuron et celles qui peuvent encore en naître.

Etranglement intestinal produit par le pédoncule d'une tumeur graisseuse, développée dans le tissu cellulaire du mésentère d'une jument, par M. Leblanc, médecin vétérinaire, à Paris (9 mars).

Il nous suffira d'avoir donné le titre de ce fait intéressant de pathologie comparée.

Invaginations intestinales (16 mars).

Dans une discussion qui eut lieu sur le fait précédent, M. Cornac dit avoir plusieurs fois trouvé sur des cadavres des invaginations qui paraissaient anciennes, et n'avaient point entraîné d'accidens. Il en conclut que les invaginations n'étaient pas aussi dangereuses qu'on l'avait pensé. Plusieurs membres, entre autres M. F. Dubois, dirent avoir observé des faits semblables.

De la dissolution des calculs au moyen des alcalis, par M. Leroy-d'Etiolles (16 mars).

On connaît le travail de M. Leroy sur ce sujet. Le rapport, qui doit être fait par MM. Chevallier, Patissier et Merat, n'est pas encore intervenu.

Note sur trois cas de résection de l'articulation du coude, par M. Roux (23 mars).

Nous avons inséré cette note, tome IV, p. 107.

Kyste hydatique du foie, ouvert dans la plèvre, et de là communiquant avec les bronches. — Fistule hépato-pleuro-bronchique, par M. Jules Pelletan (30 mars).

Un jeune homme de vingt-sept ans, entré à l'hôpital Saint-Louis, le 30 janvier 1831, présentait les symptômes d'une phthisie tuberculeuse assez avancée. L'état du malade s'était un peu amélioré sous l'influence des moyens employés, lorsqu'un matin on le trouva entouré de cinq ou six crachoirs qu'il avait remplis d'une expectoration d'une consistance semi-purulente, et présentant une couleur jaunâtre tout-à-fait semblable à celle de la bile, dont elle avait aussi la saveur, au dire du malade, interrogé sur ce point. La matière de ces crachats diminua insensiblement; mais le sujet succomba le 15 mars aux progrès de la phthisie pulmonaire. — A l'autopsie, on trouva que le foie présentait une résis-

tance bien sensible, avec augmentation assez considérable dans le volume de son lobe gauche. Le péritoine hépatique était épaissi. A sa partie droite et tout-à-fait postérieure, le foie avait contracté des adhérences avec le diaphragme, et présentait un orifice qui permettait de pénétrer dans une vaste poche remplie de matière purulente et de flocons jaunâtres, débris d'hydatides. A la partie supérieure de cette poche existait un petit canal qui perforait le diaphragme, dans ce point, adhérent au foie, et qui venait s'ouvrir dans l'intérieur même de la cavité de la plèvre. Cette membrane présentait aussi un épaississement remarquable, et des adhérences y avaient circonscrit une poche remplie des mêmes matières que celle du foie. Le feuillet viscéral de la plèvre, qui formait la paroi interne de cette poche, était percé de deux trous qui conduisaient dans une vaste poche creusée dans la partie inférieure du lobe moyen du poumon, et remplie de la même matière que les deux autres. Les bronches qui traversaient cette poche étaient comme disséquées; d'autres s'y ouvraient. En suivant les bronches avec un stylet mousse, on arrivait dans une autre cavité siégeant au sommet du poumon, et dans laquelle le pus s'était rendu en suivant les bronches.

Le poumon gauche était sain, ainsi que le cœur et le péricarde; les ganglions bronchiques étaient dégénérés et contenaient de la matière tuberculeuse.

Ce sera au lecteur à décider, après ces détails, si les symptômes attribués à la phthisie n'étaient pas plutôt ceux de la présence du pus hépatique dans le poumon, et si l'on peut dire que cet homme ait succombé aux progrès d'une affection tuberculeuse.

Fracture du col de l'humérus au-dessus de ses trochanters, par M. Malgaigne (30 mars).

Un vieillard entra à l'infirmerie pour une fracture du col anatomique de l'humérus, produite par une chute sur le moignon de l'épaule. Des accidens typhoïdes s'emparèrent du sujet, le firent périr avant que l'on eût rien fait. A l'autopsie, on trouva que le fragment inférieur avait complètement abandonné le supérieur, et s'étant porté en avant et en dedans, était placé dans l'aisselle. La tête humérale, obéissant à l'action du sus-épineux, avait tourné de haut en bas sur la cavité glénoïde, comme dans le mouvement d'élévation du bras. La surface fracturée était ainsi emportée en haut et en dehors. Une fois le mouvement en ce sens commencé pa le sus-épineux, il ne peut qu'être favorisé par l'action des sous-épineux, sous-scapulaire et petit rond, qui deviennent, à cause de la direction nouvelle imprimée à la tête de l'os, des congénères du sus-épineux. Il est impossible, pendant la vie, d'avoir aucune prise sur ce fragment. Le seul moyen d'opérer la réduction serait de porter le fragment inférieur, le seul sur lequel on puisse agir, en haut et un peu en arrière, vers la surface fracturée du supérieur.

Fracture du corps du fémur, par M. Bouvier (30 avril).

Cette fracture a eu lieu sur une femme de 78 ans. Les fragmens se chevauchent dans la longueur de 5 centimètres et demi. Un cal latéral, épais de 11 à 12 millim. les unit. Une coupe verticale fait voir que cette substance intermédiaire est presque partout distincte de leur couche compacte, avec laquelle elle commence pourtant à se confondre dans quelques points. La fracture s'est effectuée à-peu-près transversalement. Le déplacement du fragment inférieur s'est fait non pas simplement en dedans, comme le pensait Boyer, mais en arrière et en dedans, disposition que M. Sé-

dillot croît la plus commune d'après l'examen qu'il a fait des pièces du musée Dupuytren (Art. *Fracture de la cuisse*, du *Dict. des études méd. prat.*)

Sur la méthode de M. le docteur Louvrier, relativement au traitement de l'ankylose angulaire du genou ; rapport de M. Bérard (27 avril).

Nos lecteurs ont eu ce rapport dans toute son étendue, plus les réflexions de M. Bégin, sur la méthode en question, tome II, page 326.

Arrachement du cuir chevelu par une mécanique sur une femme, par M. Delavacherie, professeur de clinique à Liège (18 mai).

Ce fait est indiqué dans notre article sur la chirurgie de M. Vidal.

Observations de chirurgie, par M. Ballot, chirurgien à Gien. Rapport de M. Velpeau (25 mai).

La première de ces observations est relative à un abcès par congestion survenu chez un militaire, et qui ne présenta au début que des symptômes névralgiques dans les membres abdominaux ; on voit graduellement survenir, dans ce cas, des douleurs dans les cuisses et les fesses, une paraphlégie incomplète, une gibbosité, puis les symptômes de la phthisie pulmonaire. La seconde observation est celle d'une fracture du fémur avec issue des fragmens. Fusées purulentes. Amputation. Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est la vascularisation extrême du fémur, par suite de l'ostéite, vascularisation telleque, lorsqu'on scia l'os, il s'effectua par la coupe osseuse une hémorrhagie, qui nécessita une compression perpendiculaire à l'aide de rondelles d'agaric.

Tubercules pulmonaires circonscrits, par M. Raciborski (1er juin).

Chez la femme qui fait le sujet de la communication, il existait une caverne superficielle formant tumeur par suite de la communication du foyer pulmonaire avec le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-épineuse interne.

M. Raciborski se proposait d'évacuer le dépôt au moyen d'une incision. L'Académie devait être informée du résultat de l'opération?...

Tumeur de l'utérus, par M. Bouvier (22 juin).

M. Bouvier a trouvé chez une femme de 57 ans, morte dans l'état de cachexie cancéreuse, une tumeur fibreuse ramollie, dans l'intérieur de l'utérus, auquel elle avait donné le volume d'une tête de fœtus. De petites tumeurs fibreuses existaient en outre, dans l'épaisseur des parois utérines, ou immédiatement sous le péritoine. M. Bouvier rappelle à ce propos un cas analogue représenté dans le magnifique ouvrage de M. Cruveilhier, et celui de M. Dumas (*Bulletin de l'Acad.*, t. v, p. 285), dans lequel on voit une tumeur fibreuse transformée en matière encéphaloïde. La conclusion est que les corps fibreux de l'utérus n'ont pas toujours l'innocuité qu'on leur a attribuée.

Sur une jambe artificielle, de l'invention du sieur Lepage, tailleur de pierre (16 février et 29 juin).

La jambe imaginée par Lepage, pauvre ouvrier qui ne sait ni lire ni écrire, a paru ingénieuse. Il est fâcheux que son prix soit un peu élevé pour la classe la plus nombreue, puisqu'il s'élève à 50 ou 60 francs.

Des luxations du poignet, par M. Scoutetten (29 ju).

Cette communication a trouvé place dans nos Annales, tome ii, page 455.

Observation d'ostéo-malacie, etc., par le même (29 juin).

Nos lecteurs se rappelleront aussi cette observation.

Résection du deuxième métatarsien et amputation du second orteil, par M. Laugier (6 juillet).

Femme de trente ans. Carie du deuxième orteil et du

deuxième métatarsien gauches. Résection de ce dernier, et ablation de l'orteil par la méthode ovalaire. La plante du pied est restée intacte ; une cicatrice linéaire sur le coude-pied est la seule trace de l'opération. Le pied a parfaitement conservé sa forme et ses usages : la malade, qui souffrait depuis quinze ans et était condamnée au repos, marche aujourd'hui, deux mois après l'opération, et jouit d'une santé parfaite.

(La suite de cet article au prochain numéro)

EXTRAITS DE JOURNAUX ÉTRANGERS,

Par M. Giraldès.

Observations de tumeurs fongueuses sanguines, extirpation, suture entortillée, guérison ; par le docteur Ant. Cavara.

Première observation. — Louis Sassi, Bolonais, présenta depuis sa naissance, une tache rouge à la tempe droite. Cette tache, à laquelle on donnait le nom de *nævus maternus*, s'accrut avec assez de rapidité, au point que la paupière supérieure du côté affecté, très tuméfiée, recouvrait d'une manière permanente le globe oculaire, dont la fonction était ainsi empêchée. Les artères frontales, temporales, et d'autres rameaux artériels attenant à la tumeur battaient avec force, et tel était le nombre des vaisseaux sanguins qui parcouraient la surface de la tumeur, que l'aspect en était épouvantable. Les secours de l'art avaient été inefficaces ; le malade touchait à sa trentième année, lorsqu'il éprouva une hémorhagie foudroyante par l'œil malade. L'auteur de l'observation, pris à l'improviste, fit des lotions avec un collyre ammoniacal : l'hémorrhagie continuant, il s'arrêta à l'idée d'extirper la tumeur, ce qu'il pratiqua, mais partiellement. Il circonscrivit, au moyen d'une incision elliptique, toute la portion temporale de la tumeur, d'où venait le sang qui s'échappait par l'œil. A peine l'incision fut-elle pratiquée, qu'il s'échappa une quantité encore plus abondante de sang, par des vaisseaux dont la ligature était impossible, attendu que le sujet serait mort avant qu'on eût pu la pratiquer. Ce fut alors que le chirurgien eût l'idée de réunir les bords de la plaie résultant de l'extirpation, à l'aide de la suture entortillée, qui fût faite absolument comme pour le bec de lièvre : l'hémorhagie s'arrêta du coup. L'auteur de l'observation a mis ce moyen en pratique dans plusieurs autres cas, et toujours avec succès ; le résultat avantageux de sa première

opération l'encouragea à poursuivre le reste du mal. Il extirpa donc ce qui restait de la tumeur sur la paupière supérieure, ne laissant de cette paupière que le cartilage tarse, sur lequel fut abaissée la peau du front, qui y fut maintenue à l'aide de deux points de suture : la guérison fût parfaite, et aujourd'hui les traces du mal sont peu apparentes.

Deuxième observation. — Un nommé Sanguinetti, de Modène, porte depuis sa naissance, une tache rousse, située sur l'hélix et sur l'anthélix de l'oreille gauche. Cette tache était peu saillante au-dessus du niveau de la peau, et resta stationnaire jusqu'à l'âge de la puberté. A cette époque, l'oreille augmenta de volume dans les points indiqués. La tache s'élargit au point d'envahir le tragus, l'anti-tragus et le lobule auriculaire lui-même. Le sujet commença aussi alors à ressentir de la démangeaison et des pulsations dans l'oreille. On voulut, mais inefficacement, employer la compression. Déjà l'oreille externe, extrêmement tuméfiée, se montrait entourée d'une substance molle, particulière, en laquelle la tache s'était convertie. Elle était d'un rouge obscur, et les vaisseaux, très nombreux et superficiels qui la parcouraient, imprimaient à toute cette oreille une forte oscillation. Outre cela, les artères qui avoisinent l'oreille, étaient anévrysmatiques. Le malade touchait à sa dix-huitième année lorsqu'il commença à perdre du sang par l'oreille, qu'il avait écorchée çà et là, en se grattant, par suite de la démangeaison qu'il y éprouvait. L'écoulement du sang qui avait lieu par là, était chaque fois plus abondant, au point qu'on ne savait plus comment l'arrêter. Ce fut alors que l'auteur de l'observation fut appelé auprès du malade : il ne tarda pas à reconnaitre la nature du mal, et il pensa qu'il n'y avait pas d'autre moyen propre à y porter remède que l'extirpation de toute l'oreille. Un cas semblable observé par Dupuytren lui donnait la conviction que toute ligature d'artère était inutile. L'auteur pratiqua l'extirpation indiquée, et réunit les bords de la plaie à l'aide de la suture entortillée. Le malade guérit en peu de temps. De ces observations, et de quelques autres, l'auteur tire des conclusions dont la principale est que, dans les tumeurs fongueuses sanguines, on ne doit pas pratiquer la ligature, hors le cas, peut-être, où le mal siège dans la cavité de l'oreille, de l'orbite, ou dans les fosses nasales, et que, dans tous les autres cas, la méthode qu'il a suivie est infiniment préférable.

A la lecture de ces deux observations, on se sera rappelé celles de J.-L. Petit, et on se sera demandé comment le chirurgien a pu se décider à l'extirpation des tumeurs. Nous ne le blâmons pas. Il se réfugierait contre notre critique der-

rière le succès qui a couronné sa tentative. Nous voulons dire seulement que son entreprise était hasardeuse. Si la tumeur était peu volumineuse et circonscrite, le procédé employé nous semblerait appliquable, ou du moins il pourrait entrer en parallèle avec tous ceux qui ont été indiqués, et ils sont nombreux. Cette question sera reprise au sujet d'un récent mémoire de M. Bérard.

Double-vagin, par le docteur Fricke, de Hambourg.

Une fille, âgée de 22 ans, entra à l'hôpital des vénériens, le 17 décembre 1840. Avant son entrée elle avait été soignée pour une blennorrhagie et un bubon.

Les parties externes de la génération sont parfaitement conformées. La grande lèvre gauche est hypertrophiée et un peu éloignée de sa position normale. L'entrée de la vulve est partagée en deux par une cloison complète allant de la partie postérieure du méat à la paroi postérieure du vagin. La hauteur de cette cloison est de 1 pouce 1/4, son épaisseur est de 2 lignes. Elle occupe toute la largeur du vagin. La partie droite de ce canal est beaucoup plus large, et la cloison se trouve déjetée vers le côté gauche; le coït s'exerçant toujours par la partie droite, la cavité gauche est beaucoup plus courte. Le col de l'utérus de ce côté, bien formé, est moins développé que celui du côté opposé; on pouvait introduire une sonde dans chacune des cavités utérines. En examinant la malade par l'anus on rencontre une dépression au niveau du col de l'utérus. Depuis son entrée à l'hôpital les règles n'avaient pas paru.

(*Zeitschrift fur die gesammte Medicin*, oct. 1841. *British and foreing Med. Review*, janvier 1842, pag. 228).

Les exemples de matrices doubles ne sont pas rares, mais les cas de matrice et de vagin doubles ne sont pas très communs. Cependant on en connaît un certain nombre. Eisenmann en avait décrit un cas. Moi-même j'ai présenté un cas semblable à la société anatomique, en 1830. On trouve dans la thèse de M. Mait quelques exemples de cette anomalie. Un tel état de choses peut apporter dans l'accouchement quelques embarras, en donnant lieu à une distocie par insuffisance du canal vaginal.

Fracture du col du fémur. Consolidation par une substance osseuse; par M. Walter Jones.

M. Stanley décrit les altérations suivantes trouvées chez un vieillard âgé de 80 ans, mort un an et demi après avoir fait une chute sur la hanche et avoir présenté tous les signes d'une fracture du col du fémur. Le membre offrait un pouce de raccourcissement, était tourné en dehors; le malade marchait avec difficulté.

L'autopsie montra qu'il avait existé une fracture du col du fémur dont la réunion s'était opérée par une substance osseuse. La fracture était intra-capsulaire, elle occupait le point de réunion du col avec le corps de l'os. Le col du fémur est diminué de longueur et semble se continuer avec le corps de l'os. Cette réunion est complètement osseuse : la macération, l'ébullition et la macération dans des menstrues chimiques démontrent cette assertion.

(*Medico-chirurg. Transact*, vol. 6, 2 série. *London medical Review*. Janv. 1842, pag. 3.)

Il est difficile de savoir, à moins d'examiner la pièce ou un dessin, à quel genre de fracture nous avons affaire. Il est probable d'après la diminution dans la longueur du col du fémur, qu'il existait une de ces fractures décrites, il y a une quinzaine d'années, par M. Roux, sous le titre d'enfoncement du col. La consolidation osseuse est un point qui est depuis long-temps acquis à la science; ce qu'il y a de notable dans ce cas, c'est l'âge de l'individu et la consolidation de la fracture au point de permettre au malade de pouvoir se servir de ses membres pendant un temps assez long.

Redressement du nez par la section sous-cutanée des cartilages, par le docteur Dieffenbach.

M. Dieffenbach rapporte deux cas de redressement de l'obliquité trop grande du nez; le premier chez une jeune personne de 20 ans; l'obliquité était congénitale; dans le second, l'inclinaison était le résultat d'une chute. Dans le premier cas, le nez était tourné à droite, dans le second, à gauche; dans l'un et l'autre cas, l'obliquité était si marquée que le bout du nez

touchait presque la joue, et que les cartilages de la cloison se trouvaient aplatis pliés par le milieu. Voici le moyen qu'il mit en pratique : un ténotome fut glissé sous la peau, et les cartilages du pavillon du nez furent séparés de la partie osseuse des maxillaires. Par une seconde incision également sous-cutanée il divisa la cloison du nez : ces parties ainsi détachées, il procéda au redressement. Les organes sont maintenant dans leur direction normale.

(*Casper*, *Woschenschrift*, sept. 1841. *British and foreign medec. Review* janv. pag. 242.)

Cancer de la colonne vertébrale ; par M. César Hawkins.

Sophie Green, âgée de 30 ans, entra à l'hôpital Saint-Georges, le 7 mai 1834, pour être traitée d'un cancer ulcéré au sein, accompagné d'endurcissement de la peau et d'engorgement des ganglions lymphatiques axillaires. La malade se plaignait d'une douleur très forte au cou, cette douleur avait commencé deux mois auparavant, elle avait son siège principal dans les vertèbres cervicales et se faisait surtout sentir lorsque la malade tournait le cou en arrière. Dans le lit elle était obligée de soutenir sa tête avec ses mains, et il ne lui était pas possible de la tourner du côté gauche. Si elle voulait changer de position, il lui fallait soutenir d'abord la tête avec ses mains, et changer de situation en employant tous les ménagemens possibles. La partie moyenne du cou paraissait un peu bombée, comme s'il y avait une vertèbre affaissée.

Au commencement de juillet, la peau de la région mammaire, de l'épaule et de l'abdomen devint le siège d'un grand nombre de tubercules cancéreux. Ces masses, dans quelques points, se réunirent entre elles, devinrent dures, et présentèrent une surface assez large. Vers la même époque la malade fut constipée, eût des vomissemens ; le sein se gangréna : — mort le 16 juillet.

Autopsie. — Le sein, les muscles pectoraux et le tissu cellulaire sous-jacent, forment une masse squirrheuse adhérente, en partie, aux muscles intercostaux ; la partie ulcérée de cette masse atteignait les côtes dont quelques-unes étaient ramollies, et privées de substance calcaire, et remplies de masses sanguines. Les tubercules cutanés, les ganglions et la graisse étaient devenues cancéreux. Un des ganglions contenait du sang liquide en assez grande quantité. Le corps de la cinquième vertèbre cervicale était inégal, ramolli, et les cellules osseuses remplies de sang ; les deux vertèbres attenantes offraient une altération moins avancée. L'utérus est sain, les trompes sont dilatées et contiennent un fluide épais et brunâtre ; les ovaires forment une

tumeur du volume d'une orange, contiennent plusieurs kystes pleins de liquide; ces tumeurs de l'ovaire remplissent le bassin, compriment le rectum; quelques-uns des ganglions lombaires sont volumineux et ramollis.

Inne Hall, âgée de 55 an, entra dans le service du docteur Wilson, pour une paralysie, elle passa au mois de novembre 1839, dans le service de M. Howkins.

Cette malade avait été opérée 6 ans auparavant d'un cancer de la mamelle; au mois de mai de cette année il se forma autour de la cicatrice des tubercules cancéreux, les glandes de l'aisselle devinrent dures et volumineuses.

Vers le mois de mars, la malade éprouva des douleurs dans le milieu de la région dorsale. Au mois de mai, des tiraillemens s'étendaient jusqu'aux orteils; quelque temps après, ces tiraillemens, ces pincemens furent suivis de la perte de la sensibilité et plus tard de celle du mouvement de ces parties. En même temps les muscles devinrent le siège de contractions involontaires. Au mois de juillet, la vessie et le rectum se paralysèrent.

Au mois de novembre, on remarque dans la région dorsale, une proéminence formée par une apophyse épineuse. Cette proéminence augmente de plus en plus et finit par former une déviation angulaire très fortement prononcée.

La malade se plaignait de douleurs tout le long de l'épine, mais principalement dans le point le plus saillant; cette douleur augmentait par la pression dans le point indiqué. Les fonctions des parties inférieures étaient affaiblies, des eschares se formèrent au trochanter et au sacrum; la malade mourut le 17 juillet 1839.

Autopsie. — Toutes les vertèbres sont molles et vasculaires, on rencontre dans quelques-unes des tubercules blanchâtres et ramollis. Un liquide blanchâtre existait dans le canal des méninges rachidiennes, la moelle n'offrait pas de trace d'inflammation. Au niveau de la sixième vertèbre dorsale la moelle était comprimée et aplatie au point de devenir mince et transparente, par une tumeur qui se détachait de la substance osseuse. Cette tumeur était formée par le corps de la vertèbre et occupait le canal rachidien; la dure-mère couvrait cette masse; dans un point, elle était détruite et donnait passage à la production. Cette tumeur était formée par de la matière cancéreuse. La sixième vertèbre avait pris un grand développement en arrière, tandis que les deux autres, la cinquième et la septième, en se rapprochant par leur partie antérieure concouraient à la proéminence qu'on observait pen-

dant la vie de la malade. De la matière cancéreuse en forme de tubercules se trouvait déposée dans les aréoles des autres vertèbres. Le tissu de cette tumeur était fibreux, dur; dans quelques points il était plus mou et d'une apparence jaunâtre; le tissu des os dans lesquels il y avait des tubercules déposés était plus mou, plus rougeâtre.

Les plaies étaient adhérentes par une substance dure ayant l'aspect des masses cancéreuses.

Tout le péritoine est couvert de tubercules cancéreux, ils sont très nombreux sur le diaphragme et les petits intestins. Quelques-uns de ces viscères, le colon et l'iléon étaient englobés par cette masse cancéreuse. L'épiploon était cancéreux, il avait un pouce d'épaisseur.

Le corps de l'utérus avait aussi des tubercules cancéreux. Les ganglions axillaires étaient également cancéreux.

(*Medico-chirurgical. Review*, janvier 1842).

Concrétions calcaires dans la peau du scrotum, par le D[r] Julius Vogel.

Un boulanger, âgé de trente-trois ans, d'une bonne santé, fut pris pendant long-temps de démangeaisons très fortes au scrotum. Au fur et à mesure que les démangeaisons cessaient, il se formait des espèces de petits boutons de la grosseur d'un pois, dont le volume atteignait la grosseur d'une aveline; en même temps que ces boutons séchaient et disparaissaient, d'autres tumeurs de nature semblable se montraient dans d'autres points du scrotum. Depuis l'âge de quinze ans, cet homme était toujours incommodé par ces tumeurs qui venaient et disparaissaient à des époques très irrégulières.

Le malade porte maintenant dans le scrotum cent cinquante tumeurs du volume indiqué. La peau de cette partie n'offre aucune altération ; les tumeurs semblent placées dans l'épaisseur du derme, sans être adhérentes; elles sont très dures, sans occasionner aucune douleur. On ouvrit une de ces grosseurs; son contenu était une matière grasse, blanche, ayant la consistance du lait caillé : cette substance était analogue à la matière des athéromes. Examinée au microscope, elle était granuleuse, grisâtre et contenait une grande quantité de granules arrondies, sans offrir une forme bien définie, composée en grande partie de phosphate et de carbonate de chaux, avec quelques sels de soude, de la matière extractive et de la graisse.

M. Stromeyer, dans le but de vérifier l'opinion de Vogel qui avait décrit des cas semblables, formés de matières sébaçées, enleva une de ces tumeurs et la remit à M. J. Vogel pour l'examiner. Les tissus étaient tellement en-

croutés de cette matière calcaire, qu'il ne fut pas possible d'en bien constater la nature ; cependant il pense que l'opinion de Vogel est exacte. (*Allgemeine Zeitung zur Chirurgie, innere Heilkunde und ihrer Hülfswis-senschaften*, juillet, 1841. *Band foreign. Med. Review.*, janvier, 1842, p. 240).

On rencontre quelquefois dans l'épaisseur du scrotum des tumeurs sébacées formées par l'accumulation de la matière graisseuse et épidermique, sécrétée dans le follicule sébacé qui environne le poil, il est probable que ces cas étaient de même nature.

Epidémie de trismus des nouveau-nés observée à l'hôpital d'accouchement de Stockholm pendant l'année 1834, par le professeur Cederschjold.

Cette épidémie commença au mois de février 1834 ; avant son apparition, on avait observé chez les nouveau-nés, à l'hôpital, des convulsions, affectant quelquefois la forme tétanique. Dans le mois de mars, on nota trois cas de trismus et deux au mois d'avril. A partir du 24 mai jusqu'au 23 du mois de juin, seize enfans furent attaqués de trismus, neuf en sont morts. Pendant dix jours, on n'observa pas de nouveaux cas; mais depuis le 3 et le 14 juillet, trois enfans moururent de trismus; du 14 au 21, on observa neuf cas : cinq morts. Pendant l'épidémie, quarante-deux enfans furent affectés de trismus, trente-quatre en sont morts. Il est probable que les cas de guérison n'étaient point de vrais trismus; sur tous les enfans qui en présentèrent des symptômes bien tranchés, on n'observa pas une seule guérison. Le professeur C. attribue cette maladie à la température très variable des mois de mai, juin et juillet. Il faut remarquer que cette épidémie, n'ayant pas été observée en ville, on doit supposer qu'elle dépendait de quelques circonstances locales. Les premiers symptômes de la maladie s'observèrent entre le 4ᵉ et 6ᵉ jour, après la naissance; sa durée dépassait rarement deux jours. Les symptômes qu'on observait, étaient du malaise, des cris aigus; les enfans ne tétaient point, quoiqu'ils cherchassent le sein avec empressement; on observait ensuite de légers mouvemens convulsifs dans les lèvres. Les commissures étaient tirées de côté; un accès convulsif s'ensuivait quelquefois; il ressemblait aux convulsions ordinaires; dans d'autres cas, il était suivi de trisnus et de tétanos. On remarquait fréquemment des alternances de trismus

et de convulsions générales. On pouvait distinguer dans ces accès trois périodes distinctes : 1° ils étaient suivi de symptômes de suffocation, le corps était raide et la face livide; 2° on remarquait des mouvemens convulsifs de la face et des yeux. La face reprenait ensuite sa couleur ordinaire; 3° pendant la troisième période, l'enfant écumait, sa respiration se faisait difficilement et avec bruit. Les accès tétaniques avaient lieu moins souvent que les convulsions; ils étaient suivis d'opisthotonos et fatiguaient et épuisaient moins le malade que les convulsions.

Après la mort, on observait une congestion très intense dans les méninges cérébrales et rachidiennes, dans la pulpe du cerveau et dans la moelle, et quelquefois même du sang épanché. Les poumons étaient affaissés.

Le traitement qu'on a employé dans cette circonstance, consistait en des sangsues à la nuque, de l'émétique à petite dose, des anti-spasmodiques et de l'opium; les purgatifs doux, après les anti-spasmodiques, semblaient produire quelque résultat, surtout lorsqu'il y avait eu des symptômes précurseurs. (*Neue Zeitchrift zur Gebuntskunde*, 1841.)

(*British and foreign med. Review*, janvier 1842.)

Concrétion urinaire, formée sur une épingle à cheveux,
Par Gregory Smith.

Une fille, âgée de 22 ans, entra à l'infirmerie générale de Sainte-Marylebone, dans le mois de janvier 1841, pour une incontinence d'urine. Il y a quatre ans qu'elle fut traitée pour des douleurs aux reins et des faiblesses; elle entra ensuite à l'hôpital Saint-Barthélemy; à cette époque elle souffrait de douleurs dans le ventre, et avait un écoulement. Après sa sortie de l'hôpital, sa maladie augmenta de plus en plus; un médecin de la ville, qui eut occasion de lui donner des soins, pensait qu'elle avait un rétrécissement du rectum, et lui ordonna d'employer des bougies. Ce traitement ne produisit aucune amélioration.

La malade était très malheureuse. Ses urines coulaient involontairement : cette circonstance l'obligeait de vivre seule, à cause de l'odeur qu'elle répandait autour d'elle; sa constitution est très altérée; cette malheureuse fille est obligée de se tenir courbée lorsqu'elle marche, et de se placer sur le bord de la chaise si elle vient à s'asseoir; toutes les fois qu'elle va à la garde-robe elle souffre beaucoup. Ses règles ont cessé depuis quatre ans de paraître.

L'examen auquel je procédai me fit connaître la cause de cette infirmité : un corps étranger, du volume d'une noix, se trouvait placé au-dessous du méat urinaire, entre les petites lèvres; ce corps étranger était un calcul. Au premier abord je pensai que cette concrétion s'était formée sur un pessaire. La malade interrogée sur ce point, prétendit qu'elle n'avait aucune connaissance de ce que j'avançais. Je cherchai à extraire ce corps à l'aide d'une pince; mais il se brisa. Les parties externes des parties génitales étaient enflammées. On reconnaissait à l'état des organes, que la malade n'avait jamais eu de rapports sexuels. J'essayai de passer mon doigt à côté du calcul, j'y parvins avec peine; je reconnus alors que cette concrétion se prolongeait assez haut dans le vagin. Je remis à quelques jours l'extraction de ce calcul. Dans l'intervalle, je fis bassiner souvent les parties irritées. Le troisième jour, aidé du docteur Blakely Brown et de M. Stewart, je procédai à l'opération. La malade étant couchée sur le côté, un spéculum fut introduit dans le vagin. Je parvins, à l'aide de cet instrument, à dilater ce canal. Je cherchai à explorer les parties à l'aide du doigt. Comme il ne me fut pas possible d'atteindre le sommet du calcul, je résolus de le briser. En agissant ainsi, je diminuai les souffrances de la malade, qui était en proie à des contractions, à des efforts spasmodiques. Le calcul brisé, je reconnus qu'il y avait dans son centre quelque chose de pointu qui en formait le noyau. Je cherchai à savoir de la malade, quelle était la nature du corps en question; mais elle nia, d'une manière formelle, qu'elle en eût la moindre connaissance. A l'aide de quelques manœuvres, exécutées avec un instrument perforant, je parvins à extraire du centre du calcul une épingle à coiffer, tordue d'une manière assez singulière; je fus obligé d'attendre quelque temps afin de permettre à la malade de se calmer un peu. Les parties s'enflammèrent à la suite de l'opération. Le second jour il me fut possible d'enlever le reste du calcul.

En explorant le vagin, à l'aide du doigt, on ne pouvait reconnaître autre chose que la présence de cette concrétion. On eut beaucoup de peine à extraire les morceaux contenus dans la vessie, toutes les fois que la tenette ou que le doigt touchait le col de l'organe, la malade n'était pas maîtresse de ses mouvemens.

Nous parvînmes cependant à séparer toute cette masse, dont le poids était de près de un quart de livre.

Quelques jours après, nous procédâmes à un examen plus minutieux des parties. Voici ce que nous observâmes : la paroi antérieure du vagin était détruite, on pouvait passer trois doigts dans cette cavité; derrière l'ouver-

ture fistuleuse, on trouva une cicatrice formée par la partie supérieure du vagin; une espèce de bande transversale, se dirigeant en bas et en arrière, de manière à ce qu'on eut assez de peine à trouver l'ouverture du col utérin.

La malade se trouve beaucoup mieux; elle marche avec plus de facilité; les organes sont un peu rouges et écorchés. Il ne m'a pas été possible d'obtenir de la malade aucun renseignement sur la présence de ce corps étranger; cependant je suis porté à croire que la malade s'en était servie dans le but de satisfaire des désirs vénériens, et que l'épingle échappée dans le vagin, a produit l'ulcération des parties et formé un noyau à l'incrustation que nous avons trouvée.

(*London medical gazette*, page 508, décembre 1841.)

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de Médecine ou Répertoire général des sciences médicales, considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. Adelon, Béclard, A. Bérard; P. H. Bérard, Biet, Blache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Désormeaux, Dézeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersant, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raige-Delorme, Reynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé. Deuxième édition, chez Béchet, jeune.

Voilà une grande œuvre : un de ces monumens que les époques scientifiques se lèguent l'une à l'autre. Bientôt la dernière pierre sera posée, et alors il nous sera donné de considérer l'édifice dans son ensemble. Quant à présent, rapportons-nous-en à la seule énumération des noms qui figurent dans le titre de ce dictionnaire, pour toute considération générale sur l'importance de l'ouvrage, d'autant plus que nous arrivons tard, et que nous avons hâte de nous mettre au courant.

L'article *abcès*, est le premier d'une grande importance qui se présente à notre examen. Il est signée de MM. Roux et Bérard (jeune vraisemblablement). Il commence par la définition de l'abcès, et un rapide aperçu étiologique. « Les abcès, est-il dit, quels que soient leur caractère, leur siège, etc., *ne sont jamais que le résultat d'une inflammation* dont les causes, la marche et l'intensité présentent de nombreuses variétés... » On hésitera à admettre, pensons-nous, que l'inflammation préside toujours à la formation des abcès. Les auteurs indiquent ensuite la marche qu'ils suivront pour embrasser toute l'histoire de ces collections, histoire qu'ils divisent en quatre parties principales. Dans la première, ils étudient l'anatomie pathologique des abcès ; dans la seconde ils examinent quels sont les tissus et les organes qui peuvent en être le siège ; dans la troisième, ils déterminent leurs causes et les circonstances de leur formation ; dans la quatrième ils les considèrent d'après leur marche (abcès chauds, froids, par congestion) : enfin ils donnent, dans une sorte d'appendice, les détails nécessaires sur les diverses manières d'ouvrir les abcès. L'anatomie pathologique n'a pas été traitée complètement, attendu que beaucoup de considérations qui s'y rattachaient, ont dû être renvoyées à l'article *pus*. Relativement à la membrane pyogénique, les auteurs examinent quels sont les abcès qui en sont dépourvus, ce qu'elle est dans les abcès chauds très aigus, qui, suivant eux, *n'ont pas d'autre enveloppe que celle qui leur est fournie par la matière couenneuse, infiltrant le tissu cellulaire qu'elle a rendu imperméable*, et enfin l'état de la membrane en question dans les abcès à marche chronique. Les caractères physiques de cette membrane, ses fonctions d'absorption sur le liquide qu'elle renferme et d'exhalation de ce liquide, sont exposés avec soin. L'ouverture naturelle des abcès rentre dans la question anatomique. Les auteurs rejettent l'opinion d'après laquelle elle aurait lieu par l'effet d'une simple distension, et se rangent à celle de Hunter, qui invoquait l'*absorption progressive*, appelée par d'autres *absorption ulcérative*, phénomène qu'ils regardent comme la *véritable cause* de l'ouverture spontanée des abcès. Une foule de questions du plus grand intérêt, se rattachent à l'anatomie pathologique de ces collections ; nous ne pouvons malheureusement ni les approfondir, ni même les indiquer toutes.

Dans la seconde partie (des abcès considérés en général sous le rapport de leur siège), MM. Roux et Bérard examinent ces collections : 1° dans les cavités séreuses, 2° Dans les cavités muqueuses. 3° Dans les cavités articulaires et dans les gaînes des tendons. 4° Dans la cavité médullaire des os longs (Il aurait fallu relire sur ces derniers, quelques observations de

Duverney et le discours sur le traité des maladies des os de J.-L. Petit, par Lesne). 5° Dans l'intérieur des vaisseaux. 6° Dans le tissu de la peau. 7° Dans le tissu cellulaire. 8° Dans les ganglions lymphatiques. 9° Dans la partie charnue des muscles. 10° Enfin, dans les organes. Il est bien entendu que c'est là une simple énumération, et que l'histoire détaillée des abcès des organes, par exemple, est renvoyée aux articles où il est question de la pathologie de ces organes.

La troisième partie de l'article, dont nous avons déjà indiqué le sujet, a pour titre plus précis : *Des abcès considérés en général sous le rapport du caractère qu'ils empruntent aux circonstances qui les produisent.* C'est là que se trouve la distinction des abcès en *idiopathiques*, *symptomatiques*, *critiques*, *constitutionnels*, etc.

Dans la quatrième partie (abcès considérés relativement à leur marche), MM. Roux et Bérard examinent d'abord ce qui a rapport aux abcès chauds phlegmoneux, qu'ils considèrent suivant leur profondeur, ce qui est un point de vue très important. Ils distinguent avec raison les abcès froids en deux classes, l'une comprenant ceux de ces abcès qui constituent à eux seuls toute la maladie, et peuvent être déterminés par une cause extérieure : circonstance qui établit un caractère tranché, l'autre comprenant les abcès qui sont liés à un vice général de la constitution. Les premiers sont désignés par les auteurs de l'article sous le nom *d'abcès froids essentiels*, les autres sous celui *d'abcès froids constitutionnels*. Viennent ensuite les *abcès par congestion* : les pages qui leur sont consacrées sont riches de faits importans brièvement rapportés.

Le paragraphe cinquième ou appendice est relatif, avons-nous dit, aux *Différentes manières d'ouvrir les abcès*. On y traite de l'ouverture par le *caustique*, par le *séton*, par la *ponction* ou *des ponctions successives*, et par l'*incision*. Il y a des abcès que l'on ouvre par le trépan : peut-être fallait-il le dire, dans un article général. A la vérité les auteurs n'ont voulu parler que des abcès palpables et visibles. Il y en a que l'on crève ; ce sont ceux du pharynx, lorsque la bouche ne peut être assez ouverte pour que l'on ose y introduire un bistouri, ou lorsque l'on a à se prémunir contre l'indocilité du sujet.

Les préceptes relatifs à l'incision des abcès portent l'empreinte d'un esprit de saine pratique chirurgicale. Toujours le fait à côté du dogme, pour l'éclairer et le fortifier : excellente et seule manière d'inculquer la science durablement.

L'article abcès métastatiques est de Dance. Ce nom d'un médecin si prématurément enlevé aux grandes études scientifiques, appartient surtout à notre histoire, précisément par l'importance qu'il a acquise dans l'étude de la phlébite, à laquelle les abcès métastatiques sont si intimement liés.

L'article *abdomen*, qui suit celui qui vient d'être analysé rapidement, lui est égal en étendue. L'anatomie normale de cette cavité a été tracée, de main de maître, comme on peut le penser, par Béclard et M. Bérard. L'anatomie anormale,—comprenant les anomalies vasculaires, l'absence complète ou incomplète de la paroi abdominale antérieure, et les transpositions des viscères,—ainsi que les considérations physiologiques qui se rattachent à l'abdomen, sont exposées par le dernier de ces auteurs. Un paragraphe est consacré à la *pathologie générale* de l'abdomen. Il est de Dance. C'est un coup-d'œil sur l'ensemble des résultats séméiotiques, fournis par l'examen et l'exploration de l'abdomen, exploration dont l'importance a été sentie dès les premiers temps de la médecine, et qui a fait dire à Hippocrate : « *Qui manibus contrectavit ventrem (ac venas) minus falli potest quam qui non contrectavit.* » On comprend, sans qu'il soit nécessaire de plus insister, l'importance d'un tel aperçu. Les *plaies* de l'abdomen sont le sujet d'un article dû à M. Marjolin. C'est un tableau général et rapide; les considérations spéciales sont renvoyées aux articles consacrés aux différens viscères abdominaux (estomac, intestins, foie, etc.). C'est M. Velpeau qui a traité l'article *contusions* de l'abdomen. Il distingue ces contusions en *simples* et en compliquées, les premières bornant leurs effets aux parois abdominales, les autres s'étendant aux organes contenus. Celles-ci ont pour résultat des déchirures du foie, de la rate, de l'estomac, des intestins, de la vessie, de l'utérus, du rein lui-même. Les circonstances relatives à ces déchirures sont accompagnées par l'auteur d'un très grand nombre de faits. Il n'y a que M. Velpeau qui en possède sur tous les points de chirurgie une aussi grande quantité. A part ces déchirures, les parois et la plupart des organes de l'abdomen peuvent se rompre par l'effet de différentes circonstances. Ces ruptures sont le sujet d'un autre paragraphe, dû à la même et savante plume, qui a pareillement tracé l'histoire des épanchemens abdominaux, étudiés dans l'ordre suivant : 1° Epanchemens sanguins; 2° épanchemens de bile; 3° épanchemens d'urine; 4° épanchemens de matières alimentaires et stercorales; 5° épanchemens de pus; 6° épanchement de sérosité ou de gaz provenant de causes diverses. Dance a traité dans un court paragraphe la question des *adhé-*

rences contre nature des viscères abdominaux. Ces adhérences, résultat de l'inflammation aiguë ou chronique, sont quelquefois salutaires, comme dans le cas où un abcès du foie s'ouvre à l'extérieur, grâce à l'adhérence préalablement établie entre le péritoine hépatique et le péritoine pariétal. Mais souvent aussi elles sont funestes, témoin celles qui, circonscrivant un intestin dans une sorte d'anneau, déterminent un étranglement interne et la mort. Les *fistules de l'abdomen*, les *corps étrangers dans la cavité de l'abdomen*, les *concrétions libres de la cavité de l'abdomen* sont l'objet de trois petits paragraphes signés de M. Velpeau. Le dernier est surtout intéressant; les observations, qu'il renferme sont généralement peu connues. Cinq autres paragraphes complètent le vaste et important article dont nous essayons de donner l'esquisse. Ils ont rapport aux *tumeurs de nature diverse de l'abdomen étrangères aux organes contenus dans cette cavité*, aux *tumeurs graisseuses de l'abdomen*, à l'*hydropisie enkystée des parois abdominales*, aux *phlegmons et abcès de l'abdomen*, enfin, aux *pulsations abdominales*. Dance et M. Velpeau font les frais de ces cinq paragraphes. Nous passons sur plusieurs articles remarquables (*aborption*, par M. Adelon; *abstinence*, par M. Rostan; *acclimatement*, par M. Rochoux), et nous arrivons à l'article *accouchement*, dont nous allons faire connaître l'ensemble par la simple indication des paragraphes dont il se compose. §. Ier. *Causes de l'accouchement*, distinguées en *efficientes* et en *déterminantes*; celles-ci elles-mêmes distinguées en *naturelles* (celles qui amènent l'expulsion du fœtus au terme normal de la gestation), et en *non naturelles* (celles qui provoquent cette expulsion avant cette époque, et dont l'indication est légitimement renvoyée à l'article *avortement*). §. II. *Phénomènes de l'accouchement*. Ils sont rapportés à deux *temps*, et se terminent à ceux de la *délivrance*, dont l'exposition est remise à ce mot. §. III. *Explication des phénomènes de l'accouchement*. §. IV. *Mécanisme de l'accouchement*. C'est dans ce paragraphe que sont étudiés les diverses présentations. §. V. *De quelques variétés qui se remarquent dans le travail de l'enfantement*. Les douleurs sont plus ou moins intenses, plus ou moins rapides dans leur succession... On voit souvent l'accouchement se terminer instantanément et en une seule douleur; d'autres fois ce n'est qu'après plusieurs jours de souffrances que les femmes accouchent.... Les présentations naturelles peuvent offrir des variétés remarquables, en ce que, par l'action de causes différentes, le sommet, la face ou l'extrémité pelvienne se présentent très inclinés à l'entrée du bassin.... Certaines parties du fœtus exécutent en traversant l'exca-

vation pelvienne divers mouvemens qui peuvent ne pas s'opérer, ou s'opérer d'une manière vicieuse... Quelquefois la contraction utérine a pour effet de pousser la tête du fœtus jusqu'à la vulve, d'où elle disparait dès que la contraction a cessé.... Telles sont les variétés dont il est question dans ce paragraphe. §. VI. *Soins que réclame l'état de la femme pendant le travail de l'enfantement*. Le premier devoir à remplir en arrivant auprès de la femme est d'établir le *diagnostic*, c'est-à-dire de s'assurer si elle est réellement en travail, et à quel degré elle se trouve. Cela fait, il faut porter le *pronostic*, relativement à la durée et à la facilité probables du travail; après quoi on avise aux indications, qui consistent 1° à mettre la femme dans des conditions hygiéniques favorables, et 2° à surveiller les efforts de la nature, pour les maintenir ou les ramener au degré convenable; ce sont là, en grande partie, les matières de ce dernier paragraphe, qui termine l'article, et au bout duquel on trouve sans étonnement les noms de Désormeaux et de M. Paul Dubois. Trois autres articles suivent celui-là, et sont encore relatifs à l'accouchement. Dans l'un, M. le professeur P. Dubois envisage l'accouchement au point de vue de l'hygiène publique; dans l'autre, le docteur Marc expose quelques détails de médecine légale, tout en réservant pour l'article *avortement* les notions relatives à ce dernier sujet. Dans le troisième, enfin, M. Dezeimeris étudie avec de grands développemens et toute la science que l'on est en droit d'attendre de lui, la délicate question de l'accouchement prématuré. Nous n'entrerons plus dans aucun détail sur les articles du premier volume, quoiqu'il y en ait de très intéressans, tels que l'*acéphalie* (Breschet), l'*acné* (Biet), l'*aconit*, substance trop peu employé en France et qui jouit d'une efficacité réelle dans la goutte (Trousseau), les *âges* (Rullier), etc.

Nous trouvons vers le commencement du second volume un article *Aimant*, de M. le professeur Trousseau; on y lit avec intérêt les considérations physiologiques et thérapeutiques auxquelles l'auteur s'est livré. M. Trousseau a employé l'aimant, et il lui reconnaît de l'efficacité. « J'ai vu, dit-il, des douleurs névralgiques modifiées, des accès de dyspnée nerveuse rapidement arrêtés, etc. » L'article *Aine* (anatomie et pathologie) est de M. Bérard : c'est dire qu'il est écrit avec précision. L'anatomie de l'aisselle est également décrite par ce professeur. C'est M. Velpeau qui a étudié, dans six paragraphes distincts, les *phlegmons*, les *abcès*, les *ulcères*, les *plaies*, les *tumeurs* (tumeurs sanguines, tumeurs emphysémateuses, tumeurs hématodes, tumeurs diverses) et les *cicatrices* de cette région. On connaît la distinction des phlegmons de l'aisselle, par M. Velpeau, en

phlegmons superficiels ou *tubériformes*, *phlegmons érysipélateux*, *phlegmons ganglionnaires* et *inflammation profonde* (pourquoi pas phlegmon profond?) Cette classification est pratique; elle ne constitue ni le seul, ni le plus grand service que M. Velpeau ait rendu à la science dans cette question.

Nous devons mentionner d'une manière toute particulière l'article *Aliénés*, de Calmeil, qui se compose des trois paragraphes suivans : § I. *Considérations médico-légales sur les aliénés* (séquestration, interdiction, aliénation mentale en matière criminelle). § II. *Considérations d'hygiène publique sur les aliénés*. § III. *Des maladies incidentes des aliénés*.

L'histoire des *Alimens* comportait des développemens étendus; il faudrait un volume, et deux ne seraient pas superflus pour traiter un pareil sujet. Aussi M. le professeur Rostan a-t-il dû se borner aux points principaux; dans ce sens, il a été complet et à réussi à faire un article aussi intéressant qu'instructif. La bibliographie de cet article, par M. Dezeimeris, constitue un document précieux; tous les travaux anciens et modernes sur les alimens y sont rangés, par paragraphes, selon le point spécial auquel ils se rapportent. Nous citerons encore dans ce second volume les articles *Amaurose*, de M. Marjolin; *Aménorrhée*, de Désormeaux et de M. le professeur P. Dubois; *Ammoniaque*, de MM. Orfila et Trousseau; enfin, l'article *Amputation*, par M. J. Cloquet, et dont voici les principales divisions : *Indications des amputations* (gangrène, fractures, luxations, plaies par armes à feu, plaies par arrachement, tumeurs blanches, carie et nécrose, anévrysmes, suppurations, plaies d'artère, affections cancéreuses, etc.) — *Temps où l'on doit pratiquer l'opération.* — *Lieu où il faut amputer.* — *Pronostic. Contre-indications.* — *Préparation du malade.* — *Appareil instrumental.* — *Position des aides.* — *Suspension de la circulation.* — *Moyens hémostatiques définitifs.* — *Pansement.* — *Pansémens consécutifs.* — *Accidens consécutifs* (hémorrhagie secondaire, étranglement du moignon, abcès, décollement de la peau, phlébite et transport du pus dans la circulation, récidive de la maladie pour laquelle on a amputé, fistules synoviales, nécrose de l'os, conicité du moignon, tétanos, etc.) — *Changemens qui surviennent dans le membre amputé.* — *Changemens apportés par les amputations dans la constitution des malades.* — *Procédés opératoires : Amputations dans la continuité des membres* (amputation circulaire, amputation à lambeaux). *Amputations dans les articles* (méthode ovalaire). — Nous recommandons l'article historique et bibliographique de M. Dezeimeris. Il est étendu et très curieux.

Le troisième volume commence par un grand mot chirurgical, *anévrysme*. Dès la première page le sujet est parfaitement délimité. Il ne s'agira pas des anévrysmes du cœur, — quoique l'affection connue sous le nom de *dilatation partielle* méritât peut-être le nom d'anévrysme, — attendu que la pathologie de l'organe central de la circulation sera exposée dans son ensemble à l'article *Cœur*. Il ne s'agira pas non plus des anévrysmes par anastomose, dont l'histoire est renvoyée au mot *Tumeurs fongueuses sanguines*. Il ne sera question que des anévrysmes des artères. La division des anévrysmes, si embrouillée dans les auteurs, est là parfaitement claire et exacte. En ce point, et par le fait de cette division, il y a tout lieu de penser que la nomenclature est désormais fixée. Les anévrysmes en particulier ne font point partie de ce travail et sont renvoyés aux articles relatifs aux régions dans lesquelles ils se présentent. C'est grand dommage assurément de devoir passer aussi rapidement sur de tels travaux. L'article est de MM. Marjolin et Bérard. On lit ensuite trois bons articles sur les angines : l'un de MM. Chomel et Blache (angines simples); l'autre de M. Guersent (angines pseudo-membraneuse); le troisième enfin, très savant, de M. Raige-Delorme (angine de poitrine). L'article *Ankylose*, de M. le professeur J. Cloquet, est un peu succinct; L'article *Antimoine* a été traité avec les développemens nécessaires : la partie chimique et pharmacologique est de M. Soubeiran, la thérapeutique de M. Trousseau, et la toxicologie de M. Orfila : nous sommes dispensé, par la seule mention de ces noms, d'exprimer notre opinion à son égard. Trois autres articles (*Anus, Aorte, Apoplexie cérébrale*) ont fixé particulièrement notre attention dans ce volume. Le premier est très étendu. L'anatomie de la région a été tracée avec un soin minutieux et une grande clarté par M. P.-H. Bérard. La clarté est un mérite attaché au nom de Bérard : c'est, à proprement parler, une qualité de famille. Les maladies de l'anus sont étudiées dans l'ordre suivant : *Inflammations; névralgie; dilatation; déchirure; affections syphilitiques* (dartres, blennorrhagie, rhagades, pustules muqueuses, végétations et excroissances, chancres, ulcères); *vers; tumeurs* (squirrhes, masses cérébroïdes, etc.); *fissure; abcès; fistules*. C'est ici qu'il faut plus que jamais regretter d'avoir si peu de temps et si peu d'espace. Le critique, en de telles occurrences, éprouve le sentiment d'un amateur de tableaux auquel il ne serait permis que de traverser en courant les galeries d'un magnifique musée. Cet article pathologique est de M. Velpeau.

C'est Béclard qui a décrit l'anatomie de l'aorte. L'anatomie anormale, qui comprend les variétés d'origine de l'aorte, et les variétés d'origine des branches fournies par ce vaisseau, est de M. P.-H. Bérard. L'hypertrophie et l'atrophie, l'induration, le ramollissement, l'inflammation aiguë et chronique, les dégénérations cartilaginiformes, calcaires, athéromateuses, etc.; le tubercule et le cancer, le rétrécissement, les oblitérations, les dilatations non anévrysmales, sont étudiés par M. Dalmas dans un paragraphe qui a pour titre : *Altérations pathologiques de l'aorte.* L'histoire des anévrysmes de ce tronc artériel est faite par MM. Chomel et Blache; celle des plaies et ruptures, par M. P.-H. Bérard, qui termine l'article par des considérations sur la ligature de l'aorte, — pratiquée deux fois sans succès, dans un cas par A. Cooper, dans l'autre par M. J.-H. James, — et par quelques mots sur la compression de ce vaisseau.

L'article *Apoplexie* est de M. Rochoux, dont on connaît les travaux sur ce sujet. Nous y avons particulièrement remarqué les faits et considérations relatifs à l'apoplexie sans lésion matérielle.

Le premier mot qui se présente à nous dans le quatrième volume est devenu bien célèbre : c'est le mot *Arsenic.* La partie toxicologique de l'article est de M. Orfila, et la partie thérapeutique de M. Trousseau. Il ne nous semble guère probable que l'arsenic devienne jamais une substance thérapeutique souvent employée à l'intérieur, et il faudra que le sulfate de quinine soit bien rare pour que, nonobstant les efforts de M. Boudin, les praticiens y aient recours contre la fièvre intermittente. Nous tenons de M. le baron Michel, médecin principal d'armée, qu'à Rome, pendant que la capitale du monde chrétien était une préfecture française, les médecins italiens essayaient déjà cette substance à titre d'anti-périodique, et que l'on vit beaucoup de sujets, parmi ceux qui y avaient été soumis, succomber lentement à la phthisie pulmonaire.

Nous ne ferons que citer les articles *Artères*, *Articulations*, *Asphyxie*, *Atlas* (affections et lésions des articulations atloïdo-axoïdienne et atloïdo-occipitale), *Atmosphère*, *Auscultation*, *Axillaire* (anévrysmes et blessures de l'artère axillaire; blessures de la veine de ce nom).

Nous terminons la lettre A, et avec elle cette analyse, dans laquelle nous voulions donner une idée générale de la manière dont les articles sont traités dans le *Répertoire*. Prochainement nous reprendrons ce sujet, mais sans nous astreindre à suivre pas à pas l'ordre des articles, ce qui deviendrait fastidieux pour le lecteur et pour nous. M. (de C.)

Nouveaux élémens de chirurgie et de médecine opératoire, par L. J. Bégin, chirurgien principal d'armée, etc., chez Méquignon-Marvis, libraire-éditeur.

Il y a des écrivains avec lesquels la critique est particulièrement à son aise. D'un côté, si elle blâme, elle sait que des travaux antérieurs les protègent contre ses atteintes, et que l'effet de ses remarques sera exclusivement relatif à l'objet actuellement examiné, sans pouvoir aucunement préjudicier à leur réputation. De l'autre, si elle a des éloges à accorder, elle sait aussi que comme elle n'aura à louer que des qualités reconnues, elle ne sera pas soupçonnée de complaisance ou de flatterie. M. Bégin a sa place marquée parmi les chirurgiens contemporains, et figure, à bon droit, parmi les écrivains dont nous venons de parler.

Ç'a été la fortune de M. Bégin d'avoir possédé l'amitié et l'estime des deux hommes qui ont régné, de nos jours, sur le monde médical. Ce n'est pas en vain que nous le rappelons; il y a là un titre sérieux. Soldat de Broussais, comme il le dit lui-même dans le beau discours qu'il prononça lors de l'inauguration de la statue de notre maître, au Val-de-Grâce, M. Bégin devint bientôt un des principaux officiers de l'armée du réformateur. Dans ce concours que M. Bégin prêta à Broussais, il n'abjura jamais sa personnalité, et si les circonstances nous imposaient l'obligation de le critiquer, nous serions peut-être fondé à nous appuyer de son exemple. Nous avons lu dernièrement une lettre dans laquelle l'officier s'adresse au général, et dans laquelle, sans s'écarter un instant des convenances hiérarchiques, le premier maintient l'indépendance de ses opinions avec une grande fermeté et non sans verdeur.

M. Bégin, on le sait, a pris une grande part à un ouvrage fort répandu, le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. C'est là qu'il faut chercher ses opinions chirurgicales, attendu que, là, il avait, pour les développer, un milieu convenablement spacieux.

Le dernier ouvrage de M. Bégin est conforme à son titre, ce sont des *élémens*, renfermant un aperçu plus ou moins rapide de toutes les questions dont se compose la chirurgie. L'auteur n'a pas fait un traité, et il n'a pas voulu faire un manuel. Il le dit lui-même, et en le disant, il exprime à l'égard des manuels, une opinion que nous ne partageons pas entièrement; attendu qu'il y aurait, selon nous, de bons et de mauvais manuels. S'il y en a qui sont, comme le dit M. Bégin, la lèpre de la science, il y en a d'au-

tres que l'on ne saurait, sans injustice, ranger sous cette appréciation dermatologique.

Il va sans dire que la chirurgie de M. Bégin est par dessus tout physiologique. L'inflammation y joue un rôle immense, universel. Les tumeurs blanches sont des arthrites, et le cancer est un produit de l'inflammation. Si nous pouvions établir ici une discussion de fond, nous demanderions à l'habile professeur du Val-de-Grâce la permission de lui présenter nos objections. Nous dirions, quant au cancer, que nous croyons avec Scarpa qu'une cause extérieure est incapable de le produire, et que tout ce qu'elle peut faire, c'est de fixer le principe cancéreux. Une cause externe, une inflammation peuvent être l'occasion du cancer; elles ne peuvent pas le déterminer. Le cancer est une affection essentiellement diathésique, supposant un principe répandu dans l'économie entière. Nous savons que ces mots sont mal sonnans aux oreilles physiologiques; mais nous croyons nous rappeler que le continuateur immédiat de Broussais, le savant et éloquent professeur Bouillaud, ne rejette pas aussi loin que semble le faire M. Bégin, les théories de viciation des humeurs, et nous espérons que nous trouverons grâce auprès de quelques-uns. En ce qui touche les tumeurs blanches, nous voudrions bien que les faits donnassent raison à M. Bégin, et que l'on n'eût à combattre que le principe inflammatoire dans ces déplorables affections. On ferait moins d'amputations dans les hôpitaux de Paris et ailleurs.

On nous croira aisément lorsque nous dirons que l'ouvrage de M. Bégin est écrit de verve, avec facilité et abondance. La plus grande clarté, qualité dominante de tous les écrits de M. Bégin, s'y fait surtout remarquer. Nous n'entrons pas dans plus de détails, parce que le lecteur se fatiguerait peut-être d'une analyse complète, après celle que nous avons faite du traité de M. Vidal. Nous renvoyons en toute confiance au livre de M. Bégin.

(M. DE C.)

Traité pratique des maladies des enfans, depuis la naissance jusqu'à la puberté, fondé sur de nombreuses observations cliniques, et sur l'examen et l'analyse des travaux des auteurs qui se sont occupés de cette partie de la médecine; par E. A. J. BERTON, D. M. P.; chevalier de la Légion-d'Honneur, chirurgien A. M. de la gendarmerie de la Seine, etc.; avec des notes de M. le docteur Baron, médecin de l'hospice des Enfans-trouvés, etc. 2e édition, entièrement refondue. Chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Le livre de M. Berton se compose de six chapitres et d'un appendice.

Voici le titre des chapitres, avec les divisions principales de chacun d'eux, afin que le lecteur puisse juger de l'ensemble de l'ouvrage. Les grands esprits de la critique médicale actuelle disent qu'analyser un livre de cette manière, c'est simplement refaire la table des matières. Nous disons, nous, qu'il y a deux façons de procéder à l'analyse d'un livre. On peut l'analyser pour son propre plaisir, et se donner l'agrément d'un tournoi à armes plus ou moins courtoises avec l'auteur, tournoi dans lequel la victoire ne saurait être indécise ; ou on l'examine pour le public. Dans le premier cas, on lit quelques lignes de l'ouvrage toutes les vingt pages, et l'on est forcément sobre de détails. Dans l'autre, on l'étudie attentivement dans toutes ses parties, que l'on met ensuite individuellement sous les yeux du lecteur, qui aura ainsi une idée suffisante de l'ouvrage, et se décidera, s'il y a lieu, à en faire l'acquisition; car c'est à ce résultat pratique que doit tendre et que se réduit, en grande partie, l'œuvre du critique. Cela est prosaïque si l'on veut, mais cela est vrai. Dans l'un des deux cas supposés, on peut être brillant ; dans l'autre on est utile. Il est bien entendu que nous parlons d'un ouvrage qui vaut la peine d'être analysé. Quand l'œuvre est minime, une appréciation générale suffit. Voici donc comment M. Berton a divisé ses matières : CHAPITRE I[er]. *Considérations sur les causes et la nature des maladies chez les enfans.* Ce chapitre se compose de quatre paragraphes. Dans le premier, qui a pour titre : *Considérations générales*, l'auteur donne une idée de l'importance du sujet, rappelle les travaux analogues existans, jette un coup-d'œil sur les tempéramens, et indique la division qu'il adopte de l'enfance en *première époque*, s'étendant de la naissance jusque vers les approches de la première dentition (les enfans de cette période recevant le nom de nouveau-nés), en *première enfance*, qui comprend les deux dentitions, et en *seconde enfance*, s'étendant de l'âge de 7 ans à celui de 14 environ (12 pour les filles, d'après nos lois). Les désignations de première époque, de première et de seconde enfance, ne sont pas satisfaisantes; celles de première, de seconde et de troisième époques infantiles nous sembleraient convenir. Le § 2 traite de l'*examen clinique* et de la *séméiologie*. C'est dire son importance. Le *cri de l'enfant*, l'*état du ventre*, les *évacuations alvines*, le *pouls*, etc., sont examinés selon les indices qu'ils peuvent fournir. Nous sommes étonné que l'auteur n'ait pas, dans cette partie de son ouvrage, indiqué un phénomène fréquent, surtout pendant la dentition, et désigné significativement par les mères sous le nom de *ronron*. Ce symptôme alterne souvent avec la diarrhée, diminuant lorsque celle-ci se manifeste. Il dépend

d'une supersécrétion de la muqueuse bronchique. Certains enfans qui le présentent font entendre un roncus extrêmement fort, imitant ou même surpassant le bruit d'une corde de basse mise en vibration par l'archet. Les enfans paraissent ne pas en souffrir; leur appétit est bon, leur gaîté et leur amour du jeu ne varient pas. Cependant un observateur attentif peut souvent reconnaître que les chairs perdent un peu de leur fermeté, ce qui dépend de l'obstacle que la présence des mucosités fait éprouver à l'hématose, et de la souffrance proportionnelle et ordinairement légère qu'en ressent la nutrition générale. On fait aisément disparaître cet état avec quelques pastilles d'ipécacuanha, ou avec un peu de sirop d'émétine. Quelques grains de poudre de jalap peuvent également réussir. A dire vrai, nous préférerions ce dernier moyen, attendu que nous avons une grande répugnance pour les agens thérapeutiques qui opèrent spécialement sur l'estomac. Il ne serait pas exact à notre avis, de voir une bronchite dans la simple suractivité de la sécrétion bronchique, pas plus qu'il ne faut voir une irritation inflammatoire dans toutes les diarrhées. En traitant des accidens de la dentition, M. Berton s'exprime ainsi : « La diarrhée sera *modérée* par l'usage des boissons gommeuses et d'eau de riz, des lavemens amidonnés, etc.; » modérée est très bien dit; il ne faut pas, en effet, arrêter complètement la diarrhée; car la suractivité fonctionnelle localisée dans le gros intestin, et neutralisée là, pourrait, si l'on nous permet ce langage métaphorique, se reporter sur un autre organe, où il y aurait péril. La diarrhée, en tant que simple supersécrétion, est une garantie contre la méningite, et constitue, à notre avis, la meilleure condition dans laquelle puisse se trouver un enfant travaillé par la dentition. Il y a des craintes à concevoir lorsqu'un enfant qui est dans l'évolution dentaire, est constipé. M. Berton conseille de ne pas se hâter dans l'incision des gencives quand les molaires ont de la difficulté à sortir, et il laisse paraître même une certaine répugnance à l'égard de cette opération. Voici à cet égard un passage d'Ambroise Paré, qui nous a paru digne d'être cité. Il vient d'indiquer les moyens à l'aide desquels on a coutume de favoriser l'issue des dents chez les enfans, et il ajoute : « Or, souuentes fois tels remèdes ne profitent de rien, à raison que la genciue est fort dure, qui est cause que les dents ne la peuvent percer, dont s'ensuit pour la tension d'icelle que les enfans ont extrêmes douleurs, dont s'ensuit la fièure et autres accidens susdits, et enfin la mort. Et pour ce ie suis d'aduis que le chirurgien face vne incision sur la genciue, et ce sur la dent, pour luy ouurir le passage, à fin qu'elle sorte plus aisément. Ce que i'ay faict à

mes enfans, en présence de Monsieur le Fèure, médecin ordinaire du roy, et de Madame la princesse de la Roche-sur-Yon, et de Messieurs Hautin, Courtin, docteurs régens en la faculté de médecine à Paris, et de Jacques Guillemeau, chirurgien ordinaire du roy, et juré à Paris : mesme aucunes nourrices, de leur instinct naturel, deschirent le dessus de la gencine avec leur ongle, à fin de faire voye aux dents qui veulent sortir. » Les deux derniers paragraphes du premier chapitre sont relatifs, l'un à la *thérapeutique* considérée en général, l'autre à l'*hygiène* et à l'*éducation physique et morale*. —Chapitre II. *Affections encéphalo-méningées* (méningite, encéphalite, hydrocéphale aiguë, etc.) Ce chapitre s'étend de la page 58 à la page 222, et comprend 59 observations. Nous y avons remarqué de la confusion, fruit probable de l'inexpérience typographique. Pourquoi certaines observations sont-elles en petit-texte et d'autres en petit-romain? Nous aurions admis le petit-texte pour les observations communiquées à l'auteur et pour les faits puisés dans les journaux, les observations propres à M. Berton étant imprimées en plus gros caractères; mais parmi les observations du premier genre il en est qui sont imprimées en petit-texte et d'autres en petit-romain. Ce sont là, si l'on veut, des minuties, mais il y faut regarder. Les livres, aujourd'hui, sont écrits vite, et imprimés plus vite encore. Aussi les fautes typographiques y fourmillent-elles; ce qui est surtout fâcheux quand ces fautes portent sur des chiffres, dans un travail statistique, comme serait, par exemple, celui de M. Brière de Boismont, inséré dans le dernier volume des mémoires de l'Académie royale de médecine. Le chapitre des affections encéphalo-méningées est divisé en trois titres, le premier comprenant les affections de l'appareil encéphalique, le second celles de l'appareil spinal, et le troisième les névroses. C'est encore là une inexactitude dans la division des matières. Les maladies de l'appareil spinal et les névroses ne devraient pas figurer dans un chapitre qui a pour titre : *Des affections encéphalo-méningées*.—Le Chapitre III traite des *affections bucco-pharyngiennes et laryngées*. Nous y trouvons en particulier l'histoire du croup. L'auteur ne se montre pas partisan de la trachéotomie, qu'il appelle une *dangereuse et très incertaine ressource*. Dangereuse, en quoi? nous ne voyons pas quels dangers cette opération ajoute à ceux que court le malade par suite de la présence des fausses membranes. Les faits rapportés par M. Berton lui-même prouvent-ils que la trachéotomie soit dangereuse, parce qu'après avoir manifestement soulagé le malade, elle ne l'a pas empêché pas de succomber, par suite de l'extension que le mal avait

prise? Il n'y a là qu'un enseignement, et il est contraire à la doctrine de l'auteur : c'est qu'il ne faudrait pas attendre pour opérer que le mal fût devenu irremédiable. On trouve dans ce chapitre des faits intéressans et des considérations importantes sur les diverses angines, sur les faux croups et sur les autres affections de l'appareil bucco-pharyngo-laryngé. — Le Chapitre IV (affections des organes de la respiration) se compose de six paragraphes, quoique typographiquement il n'y en ait que cinq. Le premier est consacré à la pneumonie; le second à l'apoplexie pulmonaire (c'est celui que l'on a omis de marquer par un chiffre); le troisième à la pleurésie; le quatrième aux bronchites; le cinquième à la coqueluche, et le sixième à la phthisie. On y trouve des détails intéressans sur les *abcès multiples essentiels* des poumons chez les enfans. Nous employons cette dénomination pour distinguer ces abcès de ceux qui résultent de la résorption purulente. Tout le chapitre, d'ailleurs, est d'une lecture instructive. — Le suivant (V) embrasse toutes les affections gastro-intestinales. Il se divise en quatre sections; la première comprend des considérations générales, et douze autres paragraphes dans lesquels l'auteur étudie successivement la *gastrite*, la *gastro-entérite*, l'*entérite* et l'*entéro-colite*, la *colite*, la *cœco-colite*, le *traitement des phlegmasies gastro-intestinales*, l'*état bilieux*, l'*indigestion*, la *chute du rectum*, les *coliques*, les *coliques saturnines*, les *intus-susceptions*; la deuxième se compose d'un seul sujet, mais ce sujet a une importance extrême, c'est la fièvre typhoïde; la troisième a trait aux *affections des annexes de la digestion* (péritonite, carreau, maladies du foie, etc.); la quatrième, enfin, aux *vers intestinaux*.

Dans le Chapitre VI et dernier, l'auteur s'occupe des maladies de la peau. Nous n'approuvons pas que la rougeole, la variole et la scarlatine soient rangées sous le même titre que le lichen, l'herpès, la teigne, etc. Il faut faire deux classes d'éruptions : les éruptions fébriles, et les éruptions non fébriles. La différence est radicale entre les unes et les autres. L'affection cutanée est la moindre partie du mal dans les unes, elle est presque tout dans les autres. C'est dans les éruptions de la première classe que s'est réfugiée, invaincue jusqu'à ce jour, l'essentialité des fièvres, que le grand réformateur, dont nous sommes fier d'avoir été l'élève, quoique nous osions discuter quelques-unes de ses opinions, a poursuivie avec tant d'ardeur et de succès.

Nous ne comprenons pas bien pourquoi l'auteur a fait un appendice, et pourquoi il n'a pas réparti dans une classification générale, mieux entendue,

qu'il nous permette de le dire, les diverses affections dont il traite dans cette dernière partie de son ouvrage, telles que le rhumatisme, les maladies du cœur, l'ascite, l'hydrothorax, etc.

Ne dissimulons rien, et soyons sincère dans la critique, si nous voulons que l'on croie à nos éloges, et que notre parole jouisse de quelque confiance. L'ouvrage de M. Berton est diffus, et le style en est souvent embarrassé. Ceci n'est pas un livre qui se lise vite. Mais c'est un livre qui peut instruire ; c'est un livre consciencieux, écrit par un homme consciencieux. M. Berton a lu tout ce qui a été écrit hygiéniquement et pathologiquement sur l'enfance, et s'il a un défaut, sous ce rapport, c'est de trop citer. Peu nous importe que messieurs tel et tel aient exprimé leur opinion sur un point donné, nous aimerions mieux savoir d'une manière plus développée ce que vous avez fait et ce que vous pensez, vous, M. Berton, qui examinez et qui traitez vos petits malades avec une sollicitude si éclairée et à-la-fois si tendre.

Aujourd'hui chirurgien de la gendarmerie de la Seine, M. Berton a servi pendant plusieurs années dans la garde municipale. Ces deux corps ont un très grand nombre de ménages, et comptent, par conséquent, beaucoup d'enfans. Si nous rappelons cette circonstance, c'est que nous voulons terminer par un éloge, en faisant entendre que M. Berton est un praticien.

M. (DE C.)

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie, pour 1842, contenant un résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques, publiés en 1841, et les formules des médicamens nouveaux, suivi d'observations sur le diabète sucré, et d'un mémoire sur une maladie nouvelle, l'*hippurie*, par le docteur BOUCHARDAT, professeur-agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, etc., chez Germer Baillière, rue de l'École de Médecine, 17. Prix : 1 fr. 25 c.

Ce petit livre vaut plus que son prix. M. Bouchardat y a réuni un très grand nombre de données sur les moyens thérapeutiques le plus récemment introduits dans la pratique. Le livre commence par quelques considérations sur les narcotiques, considérations que l'auteur a fait suivre d'un extrait de la relation de lord Jocelyn, relatif aux fumeurs d'opium. Lord Jocelyn a fait la campagne de Chine, en qualité d'officier. Le tableau qu'il trace de la dégradation physique et morale des malheureux que tour-

mente la passion de l'opium, est saisissant et douloureux. Nous nous sommes demandé comment un officier anglais a pu écrire avec tant de vérité ce qui fera à jamais la honte de son pays. M. Bouchardat entre dans beaucoup de détails sur les préparations arsénicales. La pratique de M. Boudin a été mise à contribution. La question toxicologique est examinée ensuite. Nous aurions désiré quelques mots d'appréciation. Nous n'avons pas craint, quant à nous, de porter, dans notre physiologie, à l'article absorption, un jugement précis sur cette question, que d'ardentes discussions avaient, un moment, obscurcie. Le travail le plus étendu du volume est un *Mémoire sur les iodures d'iodhydrates d'alcalis végétaux*; les recherches qu'il embrasse ne sont pas entièrement achevées, et l'utilité de ces recherches, par rapport à la thérapeutique, n'est pas encore bien déterminée; on ne les lira pas moins avec intérêt. Deux autres mémoires nous ont fortement attaché : l'un a pour sujet le diabète sucré, que l'auteur appelle glucosurie, du mot glucose, dénomination imposée par M. Dumas au sucre de diabète. Le mémoire se termine par quatre observations, dont deux de guérison. Il nous suffira de rappeler, quant à l'importance de ces dernières, que long-temps on a pu douter de la possibilité de guérir le diabète. Le principal moyen à employer consiste dans la suppression de toute matière féculente dans le traitement, résultat bien difficile à atteindre, à cause de l'appétence qui entraîne, comme malgré eux, les malades à rechercher le pain. M. Bouchardat a réussi à faire fabriquer du pain avec le gluten. Il a été impossible d'éviter d'y faire entrer un peu de farine; mais la proportion de celle-ci est très minime. Le second mémoire a pour sujet *l'Hippurie*, maladie nouvelle, que M. Bouchardat fonde sur une seule observation, et dont le caractère est la présence d'une quantité notable d'acide hippurique dans les urines d'un adulte. Le sujet de l'observation (c'était une femme) avait été tenu à un régime exclusivement lacté durant l'espace de neuf années. Il n'y a rien d'étonnant, d'après cela, que ses urines se trouvassent, en ce qui touche l'acide hippurique, dans les conditions de l'urine des enfans à la mamelle. Il serait curieux de rechercher si dans les pays où le lait forme la plus grande partie de l'alimentation, on ne rencontre pas le même fait. Revenant à la malade de M. Bouchardat, nous croyons qu'elle était simplement diabétique, et que l'importance de l'acide hippurique dans les urines est purement chimique. Par ce motif, et aussi parce que l'observation est unique, nous ne pensons pas qu'il faille, quant à présent du moins, accorder à l'hippurie droit de domicile dans le cadre nosologique. Quoi qu'il en soit, l'obser-

vation et les considérations intéressantes que l'auteur y a attachées sont dignes de fixer l'attention des médecins. M. (de C.)

Des écoulemens particuliers aux femmes, et plus spécialement de ceux qui sont causés par une maladie du col de la matrice ; par J. F. A. Troussel, D. M. chez Béchet et Labé, place de l'Ecole de Médecine, n. 4.

M. Troussel résume dans cette brochure les notions qu'il a acquises par l'étude ou qu'il doit à sa pratique, touchant les écoulemens des femmes. Il range ces écoulemens dans la classification suivante :

1° Ecoulemens sanguins;
2° — séreux ;
3° — muqueux ;
4° — mucoso-purulens ou puriformes ;
5° — purulens ;
6° — sanieux.

Ces divers écoulemens sont étudiés sommairement dans six paragraphes, qui, avec quelques préliminaires, composent la *première partie* du travail. Au sujet des écoulemens mucoso-purulens, l'auteur annonce que c'est particulièrement de cette espèce qu'il s'est proposé de traiter. Dans la *seconde partie* l'auteur expose le diagnostic de ces écoulemens (leucorrhée ; flueurs blanches), et emprunte à un article de M. Lagneau la description de ce symptôme, en ce qui concerne la matière sécrétée. On comprend que se proposant surtout d'étudier les écoulemens dont il s'agit, M. Troussel n'avait fait que les mentionner dans sa *première partie*. Ce qu'il expose sur le diagnostic est généralement confus, et, sous quelques rapports, incomplet. Il se borne à dire, par exemple, qu'il n'est pas toujours facile de décider si la matière de l'écoulement s'échappe par le méat urinaire ou seulement par l'orifice du vagin, ou encore par l'un et l'autre à-la-fois. La difficulté ne nous semble pas réelle, à moins que la femme ne se refuse à un examen minutieux. Dans le cas contraire, on n'a qu'à l'examiner lorsqu'il y a déjà quelque temps qu'elle n'a uriné. Il est aisé alors, après avoir nettoyé avec précaution l'entrée de la vulve et le vagin, de reconnaître par la pression exercée sur le canal de l'urètre ou moyen du doigt, s'il participe ou non à l'écoulement.

Le vagin subit des changemens notables chez les femmes qui ne sont plus réglées ; l'auteur les indique. Il cite un cas dans lequel ayant voulu constater un cancer utérin qu'il avait diagnostiqué d'après les signes rationnels,

chez une vieille fille, il trouva la membrane hymen, non-seulement intacte, mais encore tellement épaissie et dure qu'il lui fut impossible d'introduire son doigt dans le vagin. M. Troussel dit avoir employé le spéculum chez une jeune personne, à laquelle il appliqua même des sangsues directement sur le museau de tanche, sans que la membrane hymen ait été déchirée, et sans que l'ouverture de cette membrane, destinée au passage du sang menstruel, ait été notablement élargie. Cette *seconde partie* se termine par un extrait du compte-rendu des maladies traitées pendant l'année 1840, au dispensaire Sainte-Géneviève. Nous y remarquons un passage dans lequel M. Tanchou préconise, dans les ulcérations compliquées d'antéversion prononcée, l'usage d'un pessaire emboîtant le col. On ne doit pas, dit-il, s'effrayer de l'idée du contact avec une ulcération, celles du col, étant ordinairement insensibles.

Dans le *traitement*, sujet de la *troisième partie*, M. Troussel étudie séparément ce qui a rapport :

1° Au repos ;

2° Au régime;

3° Aux boissons ;

4° Aux bains ;

5° Aux laxatifs ;

6° A la saignée générale ;

7° Aux sangsues ;

8° A la cautérisation ;

9° Aux injections, aux bains locaux et aux cataplasmes intérieurs.

M. Troussel croit à l'efficacité des sangsues appliquées sur le col même, dans le cas d'engorgement inflammatoire de cette partie, et en cela il suit les erremens de M. Duparcque. L'auteur n'a pas insisté suffisamment sur les injections intra-utérines; c'est une lacune dans son livre. Son petit ouvrage se termine par l'analyse sommaire de dix-huit faits de la pratique de l'auteur, choisis, dit-il, parmi des observations très nombreuses, « recueillies avec soin » depuis plusieurs années. Il est à regretter que pour certains de ces faits, la durée précise du traitement n'ait pas été indiquée. Il est plus à regretter encore que M. Troussel n'ait pas dressé un tableau statistique de tous les cas qu'il possède.

Nous croyons devoir profiter de cette occasion pour signaler un fait curieux. Nous venons de soigner une dame d'une irritation inflammatoire du col vésical, probablement déterminée par l'usage d'une chaufferette toujours pleine de feu, la malade, qui est sobre, restant d'ailleurs pres-

que constamment assise. Les envies d'uriner étaient très fréquentes; cette dame ne pouvait se lever sans éprouver immédiatement une envie semblable, et se plaignait d'un malaise local indéfinissable. Aucun écoulement n'existant, l'hypogastre n'étant pas douloureux, cette dame, n'accusant pas un sentiment de pesanteur dans le bassin, et n'ayant de douleurs ni dans l'aine, ni dans les lombes, la même affection ayant eu lieu, en outre, l'année précédente, et s'étant terminée en peu de jours, nous rassurâmes la malade, qui craignait un dérangement de l'organe gestateur, et nous portâmes le diagnostic indiqué plus haut. Deux bains entiers, la diète lactée, de l'orgeat pour boisson, le repos au lit, un cataplasme sur la région hypogastrique, suffirent pour amener la guérison en quelques jours. Mais ce n'est point là ce qui est curieux chez cette dame. Ce qu'elle offre de remarquable, le voici : chaque fois qu'elle est saisie d'une grande émotion, elle éprouve immédiatement un écoulement blanc, qui n'a pas de durée, et ne se reproduit plus que lorsqu'une cause analogue vient de nouveau à opérer sur son moral. La première fois qu'elle s'aperçut de ce bizarre phénomène, ce fut en juillet 1830, à la nouvelle que le régiment dans lequel son mari servait en qualité d'officier, se dirigeait à marches forcées sur Paris. Nous donnons ce fait comme certain, attendu que nous nous sommes entouré de toutes les preuves désirables.

Nous aurions plusieurs remarques à faire sur la brochure de M. Troussel, mais elles trouverout place dans un prochain article sur le spéculum.

M. (de C.)

Traité élémentaire d'anatomie générale, descriptive et physiologique; par Etienne Rambaud, D. M., premier lauréat d'honneur de la faculté de Strasbourg, chirurgien-major du 5e régiment de cuirassiers.

Pour juger un livre il faut non-seulement le lire, mais encore se mettre au point de vue de l'auteur. Si nous avions à porter un jugement absolu sur l'ouvrage de M. Rambaud, nous serions dans une position très embarrassante. Le but que l'auteur s'est proposé et qu'il prend soin de nous faire connaître, nous évite cet embarras. M. Rambaud a voulu faire une sorte d'introduction générale aux études anatomiques, et la pensée sur laquelle il a fondé son livre ne manque pas de nouveauté. Il pense que, puisque dans l'étude du corps humain, on ne procède pas analytiquement, c'est-à-dire du simple au composé, ou encore de l'anatomie des tissus à celle des organes, « il faudrait « adopter franchement et complètement la méthode opposée, et faire précéder

l'étude détaillée de la structure, de la forme et des fonctions des organes du corps humain, d'une vue d'ensemble de ces mêmes organes sous le triple rapport de l'anatomie générale, descriptive et physiologique. On procéderait ainsi de la synthèse à l'analyse, pour remonter ensuite de l'analyse à la synthèse. » Voilà le but clairement énoncé. M. Rambaud veut faire de la science à vol d'oiseau. Dans un pareil livre, on ne doit pas compter sur des détails minutieux. Du moins, faudrait-il que les vues fussent toujours à la hauteur des connaissances actuelles. Depuis surtout les expériences de M. Flourens, il n'est plus permis de se borner à dire, en parlant des os, que leur développement selon l'épaisseur *a lieu par la superposition successive de nouvelles couches osseuses*. Quoi qu'il en soit, comme M. Rambaud a écrit — pour les élèves, qui avant de commencer sérieusement leurs des anatomiques, voudraient prendre une notion générale de l'organisation humaine, pour les praticiens que le manque de temps obligerait, dans l'occasion, à se borner à la recherche de quelques points de rappel, et pour les sages-femmes, — on peut croire qu'il n'aura pas manqué son objet. Il aurait plus sûrement réussi, s'il avait donné à son ouvrage la forme modeste et commode de l'*in*-18.

Peut-être a-t-il pensé, toutefois, et ce ne serait pas sans raison, que son livre, écrit avec clarté, pourrait prendre place dans la bibliothèque des gens du monde. Alors la forme qu'il a adoptée et une certaine recherche typographique devaient effectivement convenir.

M. (de C.)

De l'opération de l'empyème, par M. C. Sédillot, chirurgien-major, professeur à la Faculté de Strasbourg ; chez MM. Fortin et compagnie, place de l'Ecole de Médecine.

Une des questions qui ont le plus gagné au dernier concours de médecine opératoire est, sans contredit, celle de l'empyème, échue à M. Sédillot.

L'épigraphe de la thèse constate l'état de la question au moment où l'auteur va s'en occuper : « L'opération de l'empyème est généralement mal connue, mal faite et mal appréciée. » Voilà cette épigraphe ; elle est extraite de l'introduction. Nous croyons qu'elle est juste ; nous croyons que malgré tant de travaux, il n'existait pas de doctrine sur l'opération de l'empyème ; et ce qui nous fait dire que cette question est une de celles qui ont le plus gagné au dernier concours, c'est précisément que M. Sédillot a fondé une doctrine, et à notre sens, une doctrine rationnelle, sur les faits et les tra-

vaux acquis. M. Sédillot comprend sous le nom d'empyème tous les épanchemens pleurétiques. Mais, dit-il, cette dénomination est impropre, laisse du vague, et permet des interprétations diverses; il faudrait adopter des désignations plus précises : on dit déjà hydrothorax et pneumothorax pour désigner les épanchemens de sérosité et les épanchemens d'air; il serait bon de généraliser cette réforme, et d'appeler hémothorax et pyothorax les épanchemens de sang et ceux de pus. Nous ne doutons pas que ces dénominations, parfaitement convenables, ne prennent rang immédiatement dans la science. — Le travail de M. Sédillot se compose de trois parties:

Dans la première, l'auteur rappelle les préceptes de l'école hippocratique, et il les montre, selon ses expressions, traversant vingt siècles sans rien perdre de leur importance. Il expose ensuite l'état des doctrines actuelles, semées, il le dit avec raison, d'incertitudes, de confusion et d'erreurs.

Dans la seconde partie, il rapporte un grand nombre d'observations d'opérations d'empyème, classées d'après la nature de l'épanchement.

Dans la troisième, à laquelle des deux premières servent de préliminaires et de matériaux justificatifs, sont tracées les règles générales de l'opération.

Nous ne résistons pas au désir de citer textuellement le commencement de la première partie : « A une époque comme la nôtre, où la science manque complètement d'unité, et se trouve pour ainsi dire morcelée dans une foule de recherches originales, sans doute, et progressives, mais toujours individuelles et souvent contradictoires, on est frappé d'admiration en contemplant le magnifique édifice de la médecine grecque. L'esprit éprouve une satisfaction calme et profonde en face de ces grandes œuvres hippocratiques, qui constituent un des plus beaux monumens de l'esprit humain, et l'on comprend sans peine comment tant de siècles se sont renfermés dans les règles d'une si haute autorité, et ont repoussé comme fausse ou funeste toute innovation. »

Ce sont là, comme le remarqua M. Chassaignac, dans son argumentation contre M. Sédillot, et cela fit honneur à son impartialité, de grandes idées exprimées en beau style.

On voit, dans cette première partie, qu'Hippocrate recommandait l'empyème : 1° pour les épanchemens purulens, suite de pleurésie; 2° pour l'hydrothorax; 3° pour les épanchemens circonscrits et peu étendus de la pleurésie; 4° pour les abcès du poumon; 5° enfin, pour les épanchemens

de pus, déterminés par des blessures de la poitrine. Le texte d'Hippocrate est en note pour faire foi.

La seconde partie est, comme on l'a vu, consacrée à l'exposition des faits : elle en renferme cinquante, suivis de réflexions très judicieuses, dans lesquelles l'auteur apprécie les indications, le procédé employé et fait ressortir les conséquences qui en découlent.

La troisième comprend les questions suivantes :

1° *L'opération de l'empyème est-elle suffisamment justifiée, et dans quel cas est-elle applicable ?*

L'auteur insiste particulièrement sur les épanchemens purulens (pyothorax).

2° *Procédés opératoires* (*a* incision, *b* cautérisation, *c* ponction des parois intercostales du thorax, *d* perforation d'une côte);

3° *Dans quel point la poitrine doit-elle être ouverte ?*

4° *Indications curatives : quelle quantité de liquide faut-il évacuer au moment de l'opération ? — Comment doit-on régler l'écoulement du liquide, après la première évacuation ? — Quels sont les dangers de l'introduction de l'air dans le foyer de l'écoulement ? — Quels sont les effets des injections ?*

5° *Appréciation des procédés opératoires.* Ces procédés sont étudiés dans leurs applications aux diverses espèces d'épanchement.

6° *Pronostic de l'opération de l'empyème.*

7° *Conclusions.*

C'est en traitant comme il l'a fait ces diverses questions, que M. Sédillot a établi une doctrine sur l'opération de l'empyème, doctrine de laquelle il résulte que si cette opération n'a pas réussi plus souvent, c'est qu'on l'a mal pratiquée, la condition essentielle pour la bien pratiquer, étant de vider le thorax insensiblement, et de ne pas permettre au liquide de se reproduire en quantité notable, attendu que, par cette reproduction, il empêcherait les adhérences de s'établir, et le sac pseudo-pleural de se fermer. M. Sédillot démontre le vice des évacuations éloignées; ses vues sont parfaitement résumées dans ce peu de mots : « Une indication complexe, très importante pour la cure, est celle de laisser toujours dans la poitrine assez de pus pour éviter l'introduction de l'air, et trop peu pour écarter les parois thoraciques. »

La thèse est accompagnée d'une planche dans laquelle sont figurés divers instrumens propres à prévenir l'introduction de l'air dans la poitrine, à la suite de l'opération.

Nous écrivons cet article sur la seconde édition, de laquelle l'auteur a pu

faire disparaître les légères irrégularités dont ne saurait être exempte la première impression d'une thèse volumineuse, composée et livrée en douze jours.

Nous n'ajouterons que deux remarques avant de terminer : la première c'est, qu'à notre avis, la question de l'empyème, telle qu'elle doit être étudiée, ne se trouve que dans la thèse de M. Sédillot; la seconde, c'est que M. Sédillot aura réintégré une opération dont l'abandon était un malheur, puisque souvent, les faits l'attestent, elle a sauvé des malades qui, sans elle, auraient péri infailliblement. (M. de C.).

Maladies de la glande parotide et de la région parotidienne ; opérations que ces maladies réclament; par A. Bérard. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Après quelques mots sur l'ensemble de son sujet, et un premier chapitre consacré à la description anatomique de la région parotidienne, M. Bérard aborde la question de pathologie et de médecine opératoire. L'extirpation des tumeurs cancéreuses de la région parotidienne étant ce qu'il y avait de plus important dans son sujet, c'est par ce point, auquel est faite une très grande place, qu'il entre en matière, et voici les questions principales à la solution desquelles il s'applique : 1° Est-il vrai, ainsi que le prétendent quelques bons esprits, que tous les faits cités comme des exemples d'extirpation de la parotide ne sont que des cas d'ablation de tumeurs qui avaient refoulé la glande ? 2° Est-il impossible, ainsi que Burns le prétend, d'extirper la parotide en totalité? 3° Est-il impossible d'éviter la lésion des vaisseaux et l'hémorrhagie qui en résulte ? 4° La blessure des nerfs est-elle la source d'accidens graves? Ces questions n'étaient solubles que par les faits. M. Bérard s'est donc livré à une laborieuse investigation, et il a rassemblé un grand nombre d'observations, qu'un examen attentif lui a permis de ranger dans les catégories suivantes : *a* Observations insuffisantes; *b* observations dans lesquelles la tumeur recouvrait la glande parotide et ne s'avançait que peu ou point dans l'échancrure parotidienne; *c* observations dans lesquelles la tumeur occupait la région parotidienne, et dans lesquelles il y a eu ablation, soit probable, soit certaine, d'une partie de la parotide; *d* observations dans lesquelles la parotide a probablement été enlevée en totalité; *e* observations dans lesquelles la glande parotide a certainement été enlevée en totalité. On comprend qu'à l'aide de ces faits M. Bérard a pu répondre péremptoirement aux questions posées. Avant de passer à la description de l'opération, l'au-

teur établit les indications et les contreindications. La seule contre-indication qui appartienne en propre au cancer parotidien, est celle qui ressort de la profondeur à laquelle il peut s'étendre, au-delà des limites de la région. M. Bérard explique comment cette contre-indication est presque impossible à reconnaître; à moins, dit-il, ce qui est fort rare, que la tumeur ne se prolonge sur les côtés du pharynx, où l'on puisse la sentir avec le doigt, comme Burns en rapporte un exemple. M. Bérard examine avec tout le soin qu'elle mérite la question de l'*hémostase*. Plusieurs auteurs ont proposé, les uns de lier préalablement l'artère carotide, les autres de la découvrir et de la faire comprimer avec le doigt, d'autres encore de passer simplement un fil au-dessous d'elle. M. Bérard ne se prononce pas entre ces différens moyens; il remarque seulement que le second doit être moins sûr, et constate que, dans la majorité des cas, l'opération a pu être conduite à bonne fin sans que l'on eût pris de telles précautions. L'auteur décrit ensuite l'opération, ce qu'il ne peut faire que d'une manière générale, attendu que chaque cas modifie le procédé, après quoi il décrit le pansement et étudie les accidens consécutifs. Il termine sur ce point, par des conclusions nettement formulées. Tout ce qui précède est relatif au cancer profond. L'article suivant traite des cancers superficiels, ce qui complète la *première section* de la partie pathologique; la *seconde section* est consacrée aux tumeurs formées par les ganglions lympathiques; la *troisième* aux tumeurs inflammatoires et abcès de la région parotidienne; la *quatrième* enfin, aux tumeurs de nature diverse: tumeurs fibro-graisseuses, mélaniques, concrétions et poches salivaires, kystes, tumeurs anévrysmales, érectiles, hypertrophie de la parotide.

Ce livre est encore une thèse du dernier concours. N'y eût-il, en faveur du concours, que l'occasion fournie aux candidats de produire de tels travaux, ce motif, à lui seul, serait souverain. L'ouvrage est conçu méthodiquement, et écrit avec une grande netteté de pensée et de style. Il a, en outre, et ceci est capital, le même genre de mérite que le précédent de M. Sédillot, il est seul à contenir toute la question qu'il renferme. (M. de C.).

ERRATA du précédent N°.

P. 36, ligne 18, au lieu de *loculus*, lisez *lombes*. Ligne 21, au lieu de *hydatiques*, lisez *hydatides*.

P. 37, ligne 3, au lieu de *règnent*, lisez *règne*.

P. 49, ligne 16, au lieu de *sont rattachées*, lisez *rattachés*.

P. 50, ligne 23, au lieu de *ces cas*, lisez *les cas*.

P. 88, avant-dernière ligne, au lieu de *confirmée*, lisez *employé*.

P. 107, ligne 7, au lieu de *entouré*, lisez *entourée*.

MARCHAL (DE CALVI), *Rédacteur-gérant*.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

MÉMOIRE SUR L'APPRÉCIATION DE LA MYOTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE;

Par M. BOUVIER, membre de l'Académie royale de médecine;

DEUXIÈME PARTIE,

Lue à l'Académie des sciences, le 7 février 1842. (1)

J'ai établi, dans la première partie de ce travail, que les faits anatomiques qui fondent l'utilité et l'opportunité des sections musculaires dans un certain nombre de difformités osseuses n'existent pas dans la déviation latérale de l'épine qui produit la gibbosité; que la colonne vertébrale s'incline et se contourne dans ce cas, par une déformation primitive constante de ses pièces osseuses et ligamenteuses; que ses muscles ne sont le siège d'aucune contracture analogue à celle qui existe dans les pieds-bots, le torticolis, etc.; que la section des muscles du dos, sur les cadavres gibbeux, n'est suivie d'aucun changement dans la résistance du ra-

(1) Voyez la 1[re] partie, t. 3, pag. 385 à 403.

chis; que, par conséquent, à ce seul point de vue, la question de l'opportunité de la myotomie dorsale est déjà résolue par la négative.

Ces propositions s'appuient sur des faits tellement faciles à constater, qu'on aurait lieu de s'étonner qu'elles eussent trouvé des contradicteurs, si l'on ne savait que, dans la pratique de la médecine, les erreurs les plus évidentes n'ont jamais manqué de défenseurs.

La rétraction musculaire, a-t-on dit, produit les déviations dorso-lombaires de l'épine, parce qu'elle produit beaucoup d'autres difformités, et notamment le torticolis, qui affecte la même section du squelette; comme s'il résultait de là qu'une cause unique engendre toutes les difformités osseuses, et qu'une même région ne doive être affectée que suivant un seul mode! comme si ceux qui ont le plus outré le principe étiologique de la rétraction musculaire ne reconnaissaient pas eux-mêmes des déviations rachitiques, à la production desquelles cette rétraction est étrangère! De ce que des déformations osseuses consécutives se produisent dans le pied-bot, le torticolis, etc., s'ensuit-il qu'il n'y en ait pas de primitives dans la déviation latérale du dos et des lombes?

Nous admettons volontiers que la rétraction musculaire se révèle par certains tiraillemens qu'elle imprime à quelques parties du squelette; mais ce qu'on a rapporté du tiraillement des vertèbres par les muscles est tout-à-fait imaginaire; les apophyses vertébrales sont même, en partie, déviées dans des directions absolument contraires aux directions suivant lesquelles agissent les muscles.

Pour voir dans la torsion pathologique de l'épine un effet mécanique semblable à sa torsion physiologique, il faut n'a-

voir suffisamment étudié, ni l'un ni l'autre de ces phénomènes, distincts dans leur origine, distincts dans leurs causes, dans leurs effets, de même que dans leur nature. La connexion que j'ai trouvée entre le mouvement apparent de révolution des vertèbres et l'inégal développement de leurs deux moitiés latérales, est l'expression d'un fait anatomique au-dessus de toute contestation. Evoquer contre ce fait des noms célèbres, qui ne peuvent répondre, est mal déguiser l'embarras qui s'attache à une fausse doctrine. Prétendre que les apophyses épineuses des vertèbres déformées se rapprochent des apophyses latérales du côté de la *convexité*, quand la plus simple observation fait voir le contraire, c'est donner la mesure du degré de confiance que mérite un système basé sur des études aussi imparfaites.

On a opposé à mes expériences sur sept cadavres gibbeux les traces de rachitisme qui existaient chez trois d'entre eux. J'avais répondu d'avance à cette objection, en rappelant qu'il n'existe aucune différence essentielle entre les rachis déviés des rachitiques et des sujets non rachitiques, que l'état des muscles vertébraux est aussi le même dans les deux circonstances; et jusqu'à ce qu'on ait prouvé le contraire, on est mal fondé à rejeter les résultats fournis par des déviations identiques au plus grand nombre des courbures vertébrales qui produisent la gibbosité. Et, qu'on veuille bien le remarquer, l'analogie, sans cesse invoquée pour rapprocher la courbure de l'épine des difformités par contracture, doit l'être à bien plus juste titre, quand on compare les courbures rachitiques et non rachitiques de la colonne vertébrale; car il n'y a aucun motif raisonnable de rapporter celles-là à une déformation osseuse primitive, celles-ci à une lésion musculaire, lorsque les unes et les au-

tres ont un mode de développement et des caractères anatomiques tout-à-fait semblables.

Deux autres de mes expériences ont été taxées de nullité, parce que les sujets avaient passé l'âge auquel les déviations de l'épine sont curables. Mais il est clair que c'est surtout dans cette condition qu'on devrait trouver les muscles rigides, tendus et résistans, comme il arrive dans les véritables contractures, quel que soit l'âge avancé du sujet. Ces deux expériences n'ont donc pas moins de valeur que les autres, puisqu'elles font voir qu'il n'existe rien de semblable dans les courbures latérales anciennes de l'épine.

On a cru expliquer le redressement du rachis que j'ai obtenu par la section des ligamens, quand la section des muscles avait été sans effet, en disant que j'avais employé des liqueurs conservatrices, lesquelles *ramollissent* les muscles et *durcissent* les ligamens. Je laisserai les anatomistes faire justice de cette dernière assertion, et je me contenterai de rappeler que mes expériences ont été faites immédiatement ou peu après la mort des sujets, avant qu'aucune des altérations mentionnées ait pu avoir lieu. Je ne m'arrêterai pas davantage à une autre interprétation fondée sur ce que les muscles deviennent flasques après la mort, tandis que les ligamens auraient *de la tendance à se raccourcir* ; qui ne sait que la résistance des muscles dans le pied-bot, le torticolis ancien, etc., ne disparaît pas après la mort, et que les ligamens ne se montrent pas alors plus courts que pendant la vie ?

On soutient avoir montré bien des fois publiquement, sur le cadavre comme sur le vivant, le contraire de ce que j'ai vu dans mes expériences, c'est-à-dire, soit la tension des muscles de l'épine, soit la plus grande facilité du redresse-

ment après leur section. Mais s'agit-il ici d'expériences cadavériques, analogues à celles qui m'ont fourni des résultats si précis ? Je ne crains pas de porter le défi de produire un seul fait de ce genre, qui offre un résultat contraire à ceux que j'ai obtenus. Quant aux observations faites pendant la vie, j'ai expliqué (1) comment la contraction musculaire normale devient alors une cause d'erreur à laquelle on ne peut échapper, si l'on ne prend certaines précautions que j'ai indiquées, et je crois savoir qu'en effet la méprise qui en est la suite a été *bien des fois* commise. Nous verrons plus loin les résultats des sections pratiquées sur le vivant.

Au reste, on passe à-peu-près condamnation au sujet du relâchement des muscles dorsaux dans le décubitus ; on accorde, aujourd'hui, que ce fait appartient aux cas les plus ordinaires. Il fallait, il est vrai, dire *à tous les cas ;* il fallait surtout ajouter que ce relâchement subsiste dans les efforts tendant à renverser l'épine en sens contraire de ses courbures. Mais c'eût été abattre d'un coup un échafaudage péniblement construit, au lieu qu'en n'avouant que la moitié du fait, on pouvait le rétorquer par des sophismes, on pouvait continuer d'embrouiller une question claire et simple, s'il en fût jamais, on pouvait donner à entendre qu'en *sachant observer*, on découvre, quelque invisibles qu'ils soient, les faisceaux musculaires primitivement tendus et rétractés. Nous pensons plutôt que c'est faute de savoir observer qu'on s'obstine à voir ces faisceaux où ils ne sont pas, et nous avons eu occasion, plus d'une fois, de démontrer leur non-existence sur les mêmes sujets chez qui on les avait si habilement signalés.

(1) Tome III, page 401

A défaut de preuves puisées dans la question elle-même, on s'est étayé du principe général de la ténotomie, pour lequel on assure avoir déjà soutenu glorieusement plus d'une lutte, et qui ne peut manquer de triompher cette fois encore. Mais il faut ici rétablir la vérité historique, quelque peu altérée par une fiction qui a trouvé des échos officieux. On a supposé, en s'appuyant sur le rapport de la Commission d'orthopédie de 1837, que la généralisation de la myotomie appartenait à l'auteur d'un des mémoires couronnés par l'Académie des sciences. Or il n'en est rien : la raison en est simple ; l'analyse de ce mémoire, dans le rapport cité, ne contient pas un mot concernant la ténotomie, complètement étrangère à l'auteur, à une époque où les Stromeyer, les Dieffenbach, en avaient posé le principe et en étendaient journellement l'application, et lorsque déjà leur exemple avait trouvé parmi nous des imitateurs. Ce n'est pas sans doute contre ses devanciers, que l'auteur du mémoire a eu à défendre une méthode qu'ils lui ont enseignée. Rappellerai-je que, l'un des premiers, partisan des principes et de la méthode de Stromeyer, je n'en combats que les écarts, que je n'en blâme que l'abus, plus nuisible aux véritables intérêts de la ténotomie que l'opposition de ses antagonistes ? Qu'a de commun le principe inébranlable des sections musculaires avec les erreurs qui le font voir où il ne saurait exister ?

Pour répondre à une fausse interprétation donnée à deux phrases que j'ai écrites, à deux époques différentes, touchant le rôle des muscles dans le pied-bot, il me suffira de rappeler le passage suivant du mémoire sur la section du tendon d'Achille, que j'eus l'honneur de lire à l'Académie en 1836.

« Lorsque, disais-je alors, on analyse les causes qui re-

tiennent le pied dans sa situation vicieuse, on reconnaît qu'indépendamment de l'état des surfaces articulaires des os et des parties fibreuses qui leur sont annexées, les muscles qui les meuvent exercent une grande influence sous ce rapport. En effet, *ceux dont les attaches se trouvent rapprochées sont plus ou moins raccourcis*; ils se tendent fortement lorsqu'on veut changer la position des os, et ce n'est pas là un des moindres obstacles qui empêchent le retour du membre à sa situation normale. »

J'ajoutais plus loin :

« La déviation des os, dans le pied équin, n'est donc, la plupart du temps, que le symptôme du raccourcissement des muscles jumeaux et soléaire, et *cette affection, qu'elle soit native ou accidentelle, rentre tout-à-fait dans la classe des contractures musculaires.* »

On jugera maintenant s'il m'a fallu un *supplément de lumières* pour reproduire ces mêmes idées en 1839, et quant à la conséquence qu'on en a tirée pour mes opinions futures sur les déviations dorsales, les hommes impartiaux diront à qui devront profiter les *lumières* d'autrui dans la discussion actuelle.

Je me hâte d'aborder la seconde partie de mon travail, l'examen étiologique et clinique du principe de la myotomie dorsale.

Faits étiologiques.

La comparaison des circonstances qui président à la formation des courbures latérales de l'épine et de celles qui amènent les contractures musculaires conduit à séparer entièrement les premières des secondes, au point de vue étiologique.

En effet, les contractures musculaires, lorsqu'on peut en observer le développement, succèdent, soit à une lésion nerveuse qui entraîne le spasme de certains muscles ou la paralysie de certains autres, soit à une lésion musculaire produisant directement le même effet, soit enfin à des affections douloureuses ayant donné lieu à une attitude constante, et par là à la contraction prolongée d'un même ordre de muscles. Ce qui établit, dans ces différens cas, l'origine de la déviation osseuse, c'est : 1° qu'elle a succédé d'assez près à la lésion nerveuse, musculaire ou autre, pour que celle-ci ait dû exercer une influence directe sur son développement ; 2° c'est que cette lésion n'a pu donner lieu à la déviation par un autre mécanisme que celui des rétractions musculaires : 3° enfin, c'est que la formation de la rétraction elle-même est démontrée, comme étant le fait intermédiaire entre les lésions dont il s'agit et l'apparition d'une déviation du squelette.

Toutes ces conditions existent dans les difformités évidemment causées par la contracture des muscles, comme le torticolis musculaire, les variétés du pied-bot déterminées, soit avant, soit après la naissance, par une lésion nerveuse ou musculaire, la flexion permanente des genoux, des cuisses, due à la même cause, etc. On voit, dans ces diverses circonstances : comme premier fait, l'invasion d'un état morbide qui modifie, dans une partie du corps, le mode de l'action musculaire ; en second lieu, par suite de cette modification, une contraction graduelle de certains muscles, qui change la situation des os ; enfin, comme dernier phénomène, la permanence du raccourcissement de ces muscles et, par conséquent, de la déviation osseuse qu'ils déterminent.

L'étiologie des courbures latérales de l'épine, qui produi-

sent la gibbosité proprement dite, ne présente rien de semblable.

D'abord, il est assez rare que cette déviation soit précédée d'une lésion nerveuse, musculaire, ou d'une affection locale douloureuse, et la faible proportion des cas où il en est ainsi suffirait déjà pour séparer, sous le rapport de leurs causes, le plus grand nombre des difformités rachidiennes de la classe des difformités par contracture, qui, lorsqu'elles ne sont pas primordiales, sont toujours consécutives à des influences de cette nature.

Notre savant collègue, M. le professeur Gerdy, admettait à la vérité, en 1826, que « la déviation des os était le plus « souvent précédée et accompagnée de la lésion du système « nerveux, ou au moins d'un trouble manifeste dans ses phé« nomènes ; » ce qui le portait à croire « qu'il existe souvent « une affection chronique du système nerveux, qui excite « les muscles à une contraction permanente; que c'est alors « cet état de contraction qui courbe les os (1). » Mais la forme même de cet énoncé montre que son auteur n'avait en vue que les rapports les plus généraux des maladies nerveuses et des courbures du squelette, et son assertion, quoique justifiée par les exemples si nombreux de déviations osseuses produites par la contracture musculaire, n'implique nullement une origine semblable pour les difformités de la région dorso-lombaire du rachis.

D'un autre côté, Delpech disait plus explicitement, en 1828, qu'on ne pourrait nier « que les convulsions, si com« munes dans l'enfance *ne pussent* avoir des rapports im« portans avec quelque lésion de la moelle épinière, de l'ori-

(1) Gerdy, *Traité des bandages*, p. 493.

« gine des nerfs dorsaux, de l'arachnoïde ou de la pie-mère, « dont les effets consécutifs et plus ou moins éloignés sé« raient la contraction de quelques muscles et une difformité « de l'épine. Ces réflexions, ajoute-t-il, peuvent rappeler « des assertions hasardées touchant l'inégalité d'action des « muscles de l'épine comme cause probable de ses courbures « latérales; ces assertions *pourraient* avoir dans ce sens « un plus grand fondement que leurs auteurs ne l'avaient « pensé, etc. (1). » Mais il est évident que l'illustre professeur de Montpellier exprime simplement, dans ce passage, la possibilité d'un fait dont il ne fournit d'ailleurs aucune preuve. Si sa conjecture était fondée, si, en effet, la déviation latérale de l'épine se liait aux convulsions de l'enfance, on devrait rencontrer parmi les sujets gibbeux beaucoup plus d'individus atteints autrefois de convulsions qu'il ne s'en trouverait dans un nombre égal de sujets bien conformés. Or, c'est ce qui n'a point lieu. Comparez, au contraire, sous ce rapport, les individus à l'état normal et ceux qui offrent quelque contracture des membres ou du cou, et vous trouverez une énorme disproportion dans le nombre des sujets de chaque classe qui auront été frappés de maladies convulsives dans leur enfance.

Un premier fait ressort donc, suivant nous, de l'étude étiologique des courbures latérales de l'épine : c'est que, dans une foule de cas, il n'a point existé, antérieurement à la déviation, de lésion capable de produire la contracture des muscles du dos. Mais, en outre, il n'est pas moins aisé de reconnaître que, lorsqu'une semblable coïncidence se rencontre, ou bien l'affection morbide et la déviation sont deux

(1) Delpech, *De l'orthomorphie*, Paris, 1839, tome I, p. 87.

évènemens indépendans, fortuitement réunis chez le même individu, où la première a déterminé la seconde par un tout autre mécanisme que celui de la contracture musculaire.

1er Cas. *La lésion morbide, nerveuse, musculaire ou autre, et la déviation de l'épine sont deux évènemens indépendans.* Cette circonstance se présente souvent, et l'on doit manifestement l'admettre toutes les fois que l'affection morbide s'est dissipée long-temps avant le début de la courbure, sans laisser après elle d'effet secondaire pouvant jouer un rôle dans la production de cette dernière. C'est ainsi que, chez les sujets affectés de convulsions dans le bas âge et plus tard de déviation latérale de l'épine, l'observation fait voir, contre l'opinion de Delpech, qu'il n'existe communément aucun rapport direct entre ces deux évènemens successifs, comme pouvait déjà le faire présumer la proportion sensiblement égale des maladies convulsives de l'enfance chez les individus bien conformés et chez ceux qui présentent des courbures latérales de l'épine. L'état convulsif se montre dans ce cas et se dissipe, sans laisser de trace, plusieurs années avant la déviation de l'épine. Dans ce long intervalle, les muscles du dos n'offrent rien d'anormal; ils ne sont le siège d'aucun spasme, d'aucune contraction morbide, et la direction du rachis s'altère sans qu'on observe de phénomène ayant le moindre rapport avec l'affection convulsive qui avait existé long-temps auparavant. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent dans les difformités par contracture, qui sont véritablement le produit des convulsions de l'enfance. L'effet de ces dernières est immédiat; les muscles affectés, soit de spasme, soit de paralysie, sont frappés à l'instant même où la cause morbide exerce son action, et bien que la rétraction des organes moteurs et l'inclinaison des le-

viers osseux ne s'accomplissent ou ne s'aggravent que par degrés, toujours est-il qu'une affection musculaire constante, facile à caractériser, se dessine aussitôt après l'état convulsif, entraînant avec elle un changement déjà perceptible dans la situation et le jeu des parties. Assurément les muscles vertébraux ne sont pas tellement hors de la portée des sens, qu'on ne pût y constater les mêmes effets, s'ils avaient réellement lieu, et il ne serait pas moins contraire aux résultats de l'observation qu'aux plus simples règles du bon sens, de prétendre trouver uniquement dans la coïncidence éventuelle de convulsions passagères et d'une difformité qui apparaît trois, quatre, cinq, dix ans après, la preuve d'une liaison entre ces deux faits et de la production des courbures vertébrales par une rétraction convulsive, dont on ne voit aucune trace dans les muscles de l'épine.

La même interprétation s'applique, dans la plupart des cas, à la coïncidence d'une chute, d'un coup sur le dos, avec le développement ultérieur d'une déviation latérale de l'épine, que l'on voudrait mettre sur le compte d'une prétendue rétraction des muscles atteints par cette lésion. Beaucoup de sujets gibbeux se font illusion à cet égard, et leurs récits peuvent tromper un observateur peu attentif. A les en croire, ils étaient robustes et bien constitués dans leur enfance; c'est une chute ou quelque autre *accident* de ce genre, qui a produit leur difformité. Ils semblent trouver quelque consolation à penser qu'ils seraient bien conformés sans une circonstance tout-à-fait fortuite. Mais questionnez-les avec soin sur les détails de cet évènement, vous reconnaîtrez presque toujours qu'il n'y a aucune connexion entre l'accident mentionné et le vice de conformation qui lui est attribué, et l'on ne voit pas, en effet, que les courbures de

l'épine que l'on a occasion d'observer à leur début, soient amais la suite de simples contusions du dos, hors les cas de déviation causée par une maladie des os, comme dans le mal de Pott.

La coïncidence de la courbure latérale de l'épine avec des lésions de l'encéphale, des contractures d'autres régions ou des traces manifestes d'une ancienne affection du système nerveux, peut être de la même nature que les précédentes, c'est-à-dire sans liaison aucune entre deux faits que le hasard a réunis chez le même individu. Une juste appréciation des circonstances qui accompagnent le développement de la difformité, permet de distinguer les cas de ce genre de ceux dans lesquels la courbure du rachis a pu être amenée par la lésion nerveuse, et produite, en conséquence, par la même cause que les contractures concomitantes, quoique par un mécanisme bien différent, comme on le verra tout-à-l'heure. Il est clair que, sans cette appréciation, la coïncidence dont il s'agit n'est d'aucune valeur pour décider la question de l'étiologie des courbures latérales de l'épine. Dans ce cas, comme dans les convulsions de l'enfance, on ne peut arguer de la fréquence du fait pour en déduire un rapport en quelque sorte forcé entre la lésion nerveuse ou ses traces et la déviation de l'épine ; car une pareille coïncidence est peu commune et la plupart des pieds-bots accidentels et des autres contractures des muscles ne sont point compliqués de courbures de l'épine.

2e Cas. *La lésion nerveuse ou autre a réellement produit la courbure de l'épine, mais par un tout autre mécanisme que celui de la contracture musculaire.*

Il est en effet des circonstances où la déviation de l'épine se lie à des lésions susceptibles de produire la contracture

musculaire, et l'on s'est hâté d'en conclure que ces lésions ne pouvaient entraîner la courbure du rachis, qu'en produisant la contracture de ses muscles. Mais il fallait commencer par examiner si cet ordre de causes ne pouvait pas exercer plusieurs espèces d'influence sur la colonne vertébrale, et recourir ensuite à l'observation pour déterminer la nature de cette influence. En procédant ainsi, on arrive aux résultats suivans, relativement à la manière d'agir des lésions du système nerveux ou musculaire dans la production des déviations latérales de l'épine.

1° Toutes les maladies graves de la première enfance peuvent être suivies de rachitisme, en raison de la débilité qu'elles occasionnent et de l'obstacle qu'elles apportent à la marche régulière de l'ostéose. Les courbures de l'épine qui surviennent dans de pareilles conditions ne sont pas assurément le produit de la rétraction musculaire. Or les lésions du système nerveux participent de ce mode d'action, et lorsqu'elles sont suivies d'un rachitisme général, personne ne sera tenté de voir dans la déviation de l'épine qui peut s'ensuivre, l'effet d'une contracture musculaire. D'où il suit déjà manifestement qu'ainsi que je l'ai annoncé plus haut, la coïncidence d'une lésion nerveuse ou de la trace d'une lésion nerveuse ancienne avec une courbure de l'épine ne prouve pas l'existence d'une contracture dorsale, même quand un rapport étiologique existe réellement entre ces deux genres de phénomènes.

2° Indépendamment de toute production de rachitisme général, la colonne vertébrale se dévie à la suite de certaines lésions nerveuses ou de certaines difformités avec contracture produites par des lésions nerveuses, en raison du rôle que cette tige osseuse remplit dans l'équilibre du tronc et des

influences qu'elle reçoit de la part de toutes les circonstances qui font varier les conditions de cet équilibre. La déviation de l'épine n'est pas alors l'effet direct de l'affection nerveuse qui a produit la contracture ou la paralysie des autres parties du corps. Elle se manifeste plus ou moins long-temps après que cette affection a exercé son influence sur le système musculaire, en suivant la même allure, en développant peu-à-peu les mêmes caractères que chez les individus où elle résulte d'autres causes, du rachitisme, par exemple.

L'affection nerveuse agit alors sur l'épine uniquement de deux manières : en altérant les conditions de l'équilibre par les changemens qu'elle introduit dans l'action des muscles et dans la disposition des leviers qu'ils doivent mouvoir ; en troublant l'harmonie de la nutrition et du développement des moitiés droite et gauche du squelette.

Le premier mode d'influence est surtout évident dans une foule de circonstances. C'est ainsi que l'hémiplégie peut devenir une cause de courbure latérale de l'épine, par la flexion du tronc du côté paralysé, ou par la nécessité où se trouve le sujet de s'incliner en sens contraire pour rétablir l'équilibre ; ce qui tend à la longue à déformer les vertèbres et à produire une déviation permanente. C'est ainsi que l'état de contracture de l'un des membres inférieurs, en le rendant inégal en hauteur à l'autre membre, détermine l'inclinaison du bassin et une inclinaison opposée de l'épine, qui peut entraîner la même lésion ; que le torticolis permanent finit pour produire la déviation de la région dorso-lombaire de l'épine, en déplaçant le centre de gravité et en donnant lieu à des inclinaisons nécessaires à l'équilibre du tronc.

La contraction musculaire qui concourt à ces actes d'équi-

libration, n'a rien de commun avec la *contracture* ou rétraction permanente. Elle s'évanouit aussitôt que l'équilibre est rétabli par quelque autre moyen, et la flexion latérale du tronc disparaît avec elle, tant que la conformation de l'épine n'est point altérée. La courbure ne devient persistante que du moment où s'est accomplie la déformation osseuse; alors seulement il existe une déviation vertébrale proprement dite. Si le développement du rachis résiste à cette inflexion répétée, elle se reproduit pendant toute la vie de l'individu, sans que les muscles finissent jamais par se contracturer, parce qu'ils conservent leurs alternatives de contraction et de relâchement; ce qui laisse leurs dimensions intactes.

Autre chose est donc la contraction musculaire qui, en courbant l'épine habituellement, mais passagèrement, peut devenir une cause de déviation vertébrale, autre chose est la contracture qui fléchirait la colonne d'une manière permanente, et produirait, dès son apparition, une espèce de déviation symptomatique, sans déformation osseuse. C'est faute d'avoir su distinguer ces deux phénomènes, qu'on s'est imaginé que des courbures de l'épine développées chez des sujets atteints de lésions nerveuses, qui avaient produit des contractures des membres, ne pouvaient elles-mêmes être autre chose que des contractures.

On voit, d'après cela, avec quelle légèreté on a procédé, lorsqu'on a prétendu déduire logiquement l'existence d'une rétraction des muscles dorsaux de la simple coïncidence d'une déviation du rachis avec un pied-bot, un torticolis, un strabisme, une inégalité des deux côtés du corps ou de quelques-unes de ses parties; lésions qui ne sont point d'ailleurs des marques certaines d'une affection antérieure des

centres nerveux, parce que chacune d'elles peut être le produit de plusieurs autres causes.

3° Un état douloureux des muscles d'un côté du rachis ou des parties molles qui les avoisinent peut entraîner une inflexion latérale, qui devient quelquefois une cause de déviation de l'épine. Mais ce n'est pas parce que les muscles correspondans seraient atteints de contracture; ils ne manifestent, dans ce cas, qu'un degré de contraction inférieur à celui de leurs antagonistes, chargés de soutenir le poids du tronc dans la station. Il existe, sous ce rapport, une différence essentielle entre la colonne dorsale et les os des membres. A part de rares exceptions, le poids du corps n'est point, aux membres, une cause de mouvemens, comme au rachis. Les flexions, qui supposent presque toujours, dans les premiers, l'action des muscles fléchisseurs, s'opèrent habituellement, dans le second, pour le seul relâchement des extenseurs, laissant agir, dans une certaine mesure, le poids des parties auquel ils font équilibre. Voilà comment la contraction permanente des muscles du côté où s'incline un membre dans une affection locale douloureuse, devient fréquemment une cause de contracture, tandis que l'inclinaison de la région dorso-lombaire, dans la même circonstance, ne produit point ordinairement la contracture des muscles correspondans. Aussi les gibbosités qui doivent leur origine à l'inclinaison du tronc, déterminée par des maladies douloureuses du dos ou des lombes, sont-elles caractérisées, comme les autres, par la déformation du rachis et par le relâchement des muscles de la concavité des courbures, lesquels n'offrent point de trace de contracture primitive. J'en ai présenté, il y a quelques années, à l'académie de médecine un exemple remarquable, qui avait été recueilli sur un bou-

langer atteint, à trente ans, d'une déviation considérable de l'épine à la suite d'une affection douloureuse des muscles du dos causée par de grands efforts musculaires. Les os n'étaient pas moins déformés que dans les courbures rachitiques les plus prononcées.

Outre les cas que je viens d'examiner, les maladies éruptives, parfois suivies de courbure de l'épine, ont été citées en preuve de la rétraction musculaire qui produirait les courbures latérales de l'épine. Mais est-il besoin de s'arrêter à cette singulière assertion, que la variole, la rougeole, la scarlatine, etc., ne donnent lieu à la courbure de l'épine qu'en produisant des contractures musculaires? comme si la débilité qu'entraînent ces maladies, l'élongation rapide qui leur succède, et bien d'autres effets des éruptions étrangers à la contracture dorsale, ne devaient pas avant tout être portés en ligne de compte pour apprécier convenablement ce genre d'influences! Ne nous suffira-t-il pas de rappeler que jamais ceux qui ont observé la déviation de l'épine à la suite des exanthèmes, ne l'ont vue se présenter sous la forme d'une contracture musculaire?

Les courbures de l'épine observées dans les fœtus normaux et dans les monstres, ne dérogent point aux principes que je viens de poser. Il se forme pendant la vie intra-utérine, peut-être moins rarement qu'après la naissance, de véritables contractures des muscles latéraux du rachis coïncidant avec des contractures des membres et produites, comme ces dernières, par une lésion du système nerveux. Mais la flexion latérale qui en résulte n'est point une déviation de la même nature que celle qui produit la gibbosité. Comme je l'ai dit au commencement de ce Mémoire (1), cette flexion ne pré-

(1) Tome III, page 387.

sente point d'autres caractères que celles qui s'effectuent dans le mécanisme ordinaire de nos mouvemens. C'est une attitude forcée, qui n'est devenue permanente que par le raccourcissement des muscles, et qui s'efface à l'instant où l'on supprime le tirage qu'ils exercent. Les cas de ce genre, loin de démontrer qu'une cause semblable donne lieu à la déviation des sujets gibbeux, font voir, par leurs caractères spéciaux, toute la distance qui sépare celle-ci de la courbure par rétraction musculaire. Sans doute ces contractures peuvent amener la déformation de la colonne et la gibbosité, comme toute attitude prolongée. Mais ce n'est pas de cette manière que se forment, dans le fœtus et dans les monstres, les courbures de l'épine les plus analogues à celles qu'on observe après la naissance. Le rachitisme général, un défaut primitif de développement symétrique, des influences toutes mécaniques, en rendent compte, comme de celles qui arrivent dans l'enfance et dans la jeunesse. Elles peuvent, comme ces dernières, être réunies à une lésion nerveuse ou à quelque trace de cette lésion, en vertu d'une simple coïncidence ou d'un rapport de causalité étranger au phénomène de la rétraction musculaire. Mais les gibbosités consécutives à des contractures des muscles du dos fussent-elles plus communes que je ne le suppose dans les fœtus qui ont éprouvé des lésions du système nerveux, il est clair que cela ne changerait rien aux résultats de l'observation rigoureuse, qui montre l'absence de toute contracture dans la production des gibbosités apparaissant postérieurement à la naissance, plus ou moins long-temps après des affections du centre céphalo-rachidien.

Si j'ai fait voir jusqu'ici que la préexistence d'une lésion capable de produire une contracture musculaire ne démontre nullement la réalité de cet état dans les muscles dorsaux

des sujets gibbeux, *à fortiori* n'y a-t-il aucun motif de mettre sur le compte de la rétraction musculaire les gibbosités qui ne présentent pas une semblable coïncidence. On découvre assez souvent la cause de ces dernières dans des influences agissant directement sur le développement de l'appareil ostéo-fibreux du rachis, comme une disposition héréditaire, ou un état général des forces insuffisant pour maintenir contre les tendances opposées l'équilibre de développement de la colonne.

D'autres fois les circonstances étiologiques sont peu saisissables, comme il arrive si fréquemment dans l'étude des maladies. Mais il reste alors les caractères mêmes de la déviation, l'état de la colonne épinière, celui des muscles, qui témoignent de son origine et contre la supposition d'une contracture musculaire primitive.

Ces déviations n'offrent, en effet, à aucune époque, les *formes* des inflexions latérales véritablement musculaires. Rarement constituées par une courbure unique, elles décrivent presque toujours, dès leur début, des ondulations telles que l'action musculaire ne peut en produire de semblables. Leurs courbes, circonscrites dans de petits espaces, invisibles ou moins apparentes en arrière qu'en avant, à cause d'une torsion de l'épine qui n'est pas sa torsion physiologique, seraient impossibles dans l'hypothèse d'un simple tirage du rachis par ses muscles, et s'expliquent, en effet, par la déformation constante des vertèbres et des ligamens inter-vertébraux. De même que dans les déviations dont la cause peut être appréciée, les muscles situés dans le sens de chaque inflexion ne sont point primitivement rétractés, ne brident point le rachis, comme la corde d'un arc; leur raccourcissement consécutif, leur atrophie, leur trans-

formation graisseuse, se montrent de même tardivement par suite des progrès de la déformation osseuse. Cette identité ne montre-t-elle pas clairement que les gibbosités que l'on ne peut rapporter à une cause connue prennent naissance, ainsi que les autres, dans le système osseux, et non dans l'appareil musculaire du rachis?

En résumé, il nous paraît ressortir de tous ces faits que l'étude étiologique des déviations vertébrales conduit, de même que leur étude anatomique, à leur assigner pour cause générale une déformation primitive du rachis, sans intervention du phénomène de la contracture musculaire, et, par conséquent, à proscrire, dans leur traitement, la section des muscles du dos.

Faits cliniques.

Quelque valeur que nous accordions aux faits et aux considérations qui précèdent, leurs conséquences les plus rigoureuses disparaîtraient à nos yeux, si l'expérience prononçait dans un sens contraire sur l'utilité de la myotomie dorsale. Mais, comme on devait s'y attendre, l'expérience a pleinement confirmé les prévisions de la théorie.

Et d'abord, pour bien apprécier par l'observation clinique l'effet de la section des muscles du dos dans les courbures latérales de l'épine, il faut connaître les variations dont elles sont susceptibles par elles-mêmes; sans quoi l'on risquerait évidemment de mettre sur le compte de l'opération certaines modifications des courbures auxquelles la section musculaire serait tout-à-fait étrangère.

La déviation latérale de l'épine qui produit la gibbosité présente, en général, dans les jeunes sujets, des différences très notables suivant les attitudes du tronc, et elle se modifie

plus ou moins promptement, si ces attitudes persistent d'une manière continue.

Ainsi la position horizontale suffit, à elle seule, pour modifier puissamment les courbures de l'épine dans les jeunes sujets. Ces courbures se redressent, dans cette attitude, par la seule cessation de la pression des parties supérieures sur les inférieures et par la réaction des ligamens inter-vertébraux comprimés dans la station. Il en résulte une amélioration considérable des formes, qu'augmente encore le glissement des facettes obliques des vertèbres en sens inverse du glissement que le poids du corps avait produit dans l'attitude droite; de là une élongation subite du tronc, qui peut aller jusqu'à vingt-sept millimètres et au-delà.

Si la position horizontale est conservée d'une manière continue quelques jours, quelques semaines seulement, cette amélioration peut persister plus ou moins long-temps, lorsque l'individu reprend la situation droite. Voilà pourquoi de si promptes transformations s'opèrent chez les jeunes sujets gibbeux, dès les premiers temps d'un traitement orthopédique, qui supprime ou diminue l'action du poids du corps, ou qui même agit en sens inverse de la pesanteur. L'accroissement en hauteur peut aller, dans ce cas, à cinquante-quatre millimètres et plus, en moins d'un mois.

La section des muscles du dos ajoute-t-elle à ces effets? Qu'ont vu à cet égard les partisans de cette section? Dans quel état définitif se trouvent les malades, observés avec le soin et la rigueur qui conviennent dans l'examen de toute méthode thérapeutique? Ce sont là des questions qui, il faut le dire, sont peu résolues par les opérateurs eux-mêmes, et il importe d'autant plus que l'on trouve consignés dans ce travail les renseignemens que nous possédons à ce sujet, et

que, dans l'intérêt de la vérité, nous ne devons pas hésiter à faire connaître.

Si l'on en croit les fauteurs de la section sous-cutanée des muscles du dos, on voit disparaître aussitôt après cette opération la *tension* des muscles rétractés. J'ai démontré à plusieurs reprises, dans ce travail, que cette tension, telle qu'on l'entend, n'existe pas dans les déviations latérales de l'épine, et qu'une erreur qui supposerait l'oubli des premières notions de statique animale a pu seule la faire admettre. On n'a donc pas pu, par la section, détruire une *tension* permanente de muscles *rétractés*; on n'a fait qu'empêcher momentanément la contraction d'une partie des muscles du dos, en interrompant leur continuité, et ce n'est pas là sans doute le but de l'opération. Autrement il serait facile de produire le relâchement des muscles par des moyens plus doux; mais, disons-le tout de suite, la contraction musculaire est ici hors de cause, et d'ailleurs cette section partielle ne l'annihile, même dans les muscles coupés, que pour un temps très court, et s'il devait en résulter par la suite un affaiblissement durable de leur puissance contractile, ce serait là un inconvénient réel, et non un avantage de l'opération.

Aucun redressement immédiat, différent de celui qu'on obtient par le seul changement d'attitude du tronc, ne succède à la section des muscles du dos.

Quant à l'effet définitif, on en prendra une idée par les faits qui suivent.

1er *Fait.*

Annette M......., âgée de onze ans, affectée d'une double courbure latérale de l'épine, fut soumise pendant quatre

mois (du 28 juillet au 6 décembre 1840) à un traitement orthopédique comprenant : 1° la section des muscles sacro-lombaires, longs dorsaux, transversaires épineux des deux côtés; 2° le décubitus sur un lit mécanique pendant la nuit et six heures du jour; 3° l'application d'une ceinture à inclinaison pendant les heures de lever. Elle continua de porter la ceinture à la suite de ce traitement, jusqu'au moment où ses parens l'amenèrent au bureau central des hôpitaux, pour réclamer de nouveaux soins. C'était le 17 février 1841, deux mois et demi après la cessation de l'emploi du lit orthopédique. La difformité était, au dire des parens, à-peu-près dans le même état qu'avant le traitement. Je constatai l'existence d'une déviation double de l'épine, à convexité supérieure droite, à convexité inférieure gauche. La courbure inférieure, plus prononcée, donnait lieu à une forte dépression du flanc droit, à une inclinaison très marquée du tronc à gauche, ainsi qu'à une saillie considérable de la hanche droite. Une double torsion du rachis en sens contraire produisait deux gibbosités arrondies, situées au côté droit de la région dorsale et au côté gauche des lombes. La gibbosité lombaire était la plus proéminente. Cette conformation se trouve tellement semblable à celle qui est présentée comme l'état de la malade avant le traitement par l'auteur d'une thèse soutenue à la Faculté de médecine le 29 mars 1841 (1), qu'il faut bien en conclure que, loin d'avoir été *parfaitement redressée*, comme il est dit dans cette thèse, Annette M..... n'a pas même obtenu, par l'opération et le traitement mécanique, l'amélioration

(1) Hillairet, *De la Ténotomie sous-cutanée*

que ce dernier seul eût pu produire, continué, comme il l'a été, pendant plusieurs mois! (1)

2° *Fait.*

Anaïs B....., âgée de 10 ans, affectée d'une courbure latérale double de l'épine, moins prononcée que celle du sujet précédent, fut traitée, pendant quatre mois (du 5 août au 30 novembre 1840), par la section des muscles du dos et les appareils orthopédiques. Un corset à tuteurs lui fut appliqué après le traitement. Elle portait encore ce corset, quand je la vis, le 14 avril 1841. La colonne vertébrale était déviée dans deux directions opposées, à droite dans la région dorsale, à gauche dans la région dorso-lombaire. La flèche de chaque courbure était d'un centimètre. L'épaule droite faisait en arrière une saillie de deux centimètres. Le tronc était d'aplomb sur le bassin et la saillie des hanches égale, comme dans tous les cas où les inclinaisons opposées du rachis se compensent exactement. Une légère courbure secondaire, à convexité gauche, se voyait dans le haut de la région dorsale. On sentait, à travers la peau, deux cordes transversales dans l'épaisseur des muscles, vis-à-vis du lieu où leur double section avait été pratiquée. Les renseignemens fournis par la malade et par ses parens sur son état antérieur ne me permirent pas de douter que sa difformité ne fût alors la même qu'avant le traitement, et en admettant qu'elle ait éprouvé une légère modification, ce résultat minime s'expliquerait parfaitement par l'emploi des moyens mécaniques.

(1) Dans une lettre adressée à l'Académie des Sciences, le 14 février 1842, M. Hillairet reconnaît que c'est par erreur qu'il a énoncé dans les termes cités le résultat obtenu chez Annette M.

3ᵉ Fait.

Eugénie L..., âgée de quinze ans, était affectée d'une courbure latérale droite de la région dorsale et de deux courbures accessoires à gauche, auxquelles on opposa la section des muscles des deux côtés du dos et un traitement mécanique continué pendant trois mois (du 5 août au 9 novembre 1840). Le 11 novembre, les parens de cette jeune fille la présentèrent à la consultation du bureau central des hôpitaux.

La région dorsale décrivait à droite une courbe, dont la flèche était de quinze millimètres. La partie postérieure des côtes, déprimée à gauche, formait, du côté droit, une gibbosité arrondie. Deux courbures secondaires, à convexité gauche, existaient à la hauteur des premières vertèbres dorsales et des lombaires. La hanche gauche était proéminente, tandis que la droite se trouvait en partie couverte par l'inclinaison de la partie inférieure du tronc. Il fut démontré pour tous les assistans, tant par le seul aspect du tronc que par les renseignemens donnés par les parens, que l'effet du traitement avait dû être à-peu-près nul, et que, si quelque amélioration avait été produite, elle était loin de dépasser la limite ordinaire des effets obtenus par les seuls moyens mécaniques dans le laps de temps consacré, dans ce cas, à leur emploi.

4ᵉ Fait.

Joséphine B....., âgée de quinze ans, fut traitée, pendant six mois et demi (du 1ᵉʳ septembre 1840 au 14 mars 1841), d'une courbure latérale droite de la région dorsale avec courbure lombaire gauche moins prononcée, par la méthode combinée de la section musculaire et des appareils méca-

niques. Elle portait encore un corset à tuteurs, lorsque nous la vîmes le 29 avril 1841. Il existait dans la région dorsale une courbure latérale droite, de deux centimètres de flèche, avec forte torsion de la colonne. Le côté droit du dos formait une gibbosité très saillante, même avec les vêtemens, et prolongée jusqu'à la partie inférieure du cou. La région lombaire présentait une courbure à convexité gauche, de sept millimètres environ. L'axe du tronc était un peu incliné à droite, la hanche gauche un peu proéminente. Les parens nous assurèrent que la saillie de la hanche gauche était plus grande avant le traitement, mais que celle de l'épaule droite était la même, et leur récit se trouvait confirmé par l'aspect du torse, qui montrait clairement que la seule amélioration probable était une diminution de l'inclinaison de la partie inférieure du tronc, et par suite, de l'inégalité de la saillie latérale des deux côtés du bassin ; résultat trop facile à produire en six mois de traitement mécanique, pour être attribué à la section coïncidente des muscles droits et gauches de la région inférieure du dos.

5e *Fait.*

Adelaïde M....., âgée de quatorze ans, subit, pour une courbure dorsale droite principale, la section des muscles des deux côtés du dos, à laquelle on joignit, pendant six semaines (du 21 décembre 1840 au 6 février 1841), l'action d'un lit et d'une ceinture orthopédiques. On continua ensuite l'emploi de la ceinture à levier, et la malade la portait encore cinq mois et demi plus tard, le 21 juin 1841, époque à laquelle j'eus occasion de l'examiner. La région dorsale décrivait une longue courbe à convexité droite, de deux centimètres de flèche environ. Le côté droit du dos, fortement

bombé en raison de la torsion du rachis, soulevait l'omoplate correspondante et formait, en outre, au-dessous de cet os, un relief très prononcé. Deux courbures accessoires, à convexité gauche, se voyaient au-dessus et au-dessous de cette déviation principale; la lombaire était la plus marquée. La dépression du côté gauche et l'inclinaison à droite de la partie inférieure du tronc faisaient proéminer la hanche gauche; la hanche droite était, au contraire, effacée. Les sections musculaires avaient été pratiquées, la gauche vis-à-vis les dernières vertèbres dorsales, la droite un peu plus bas, vers la région lombaire. Les chairs étaient restées gonflées à leur niveau, surtout à la hauteur de la première section; une pression même modérée causait de la douleur dans ce point, et la malade nous assura qu'elle y ressentait spontanément des douleurs assez vives. Il ressort de la description de l'état antérieur de cette jeune fille, consignée dans la thèse déjà citée de M. Hillairet, que la déviation n'a pas subi de changement notable, à moins qu'après avoir été *parfaitement redressée,* comme l'indique ce médecin, la courbure ne se soit reproduite malgré l'emploi de la ceinture à levier; double hypothèse infiniment moins probable que la supposition contraire, laquelle s'accorde d'ailleurs avec la version désintéressée des parens.

6e *Fait.*

Mademoiselle Caroline B...., âgée de dix ans, d'une constitution grêle et délicate, me fut présentée le 9 mai 1838. Elle était affectée d'une légère déviation dorsale à convexité droite, courte, assez élevée, avec saillie des côtes droites et de l'omoplate correspondante, et d'une courbure lombaire inverse encore moins prononcée.

Je revis mademoiselle B..... trois ans après, le 24 novembre 1841. Elle avait été traitée, pendant une année (de 1838 à 1839), par les seuls moyens mécaniques; on avait ensuite pratiqué la section des muscles du dos qu'on avait fait suivre de six autres mois de traitement mécanique. Je trouvai le lieu de la section douloureux à la pression, et la malade dit en souffrir dans les temps humides. La déviation persistait au même degré qu'auparavant. La courbure principale conservait trois à quatre millimètres de flèche; la saillie de l'épaule était la même, la déviation se trouvait seulement un peu masquée par l'embonpoint.

Ainsi, sur six déviations de l'épine traitées par la myotomie et par les moyens mécaniques, cinq n'ont pas été sensiblement modifiées; une a présenté une amélioration exactement en rapport avec l'action des appareils employés et avec la durée de leur application.

Serait-ce exagérer la portée de ces faits, que d'en tirer les conséquences suivantes?

1° Les changemens subis par les courbures de l'épine traitées par la myotomie et les moyens mécaniques sont identiques aux changemens produits par le seul emploi du traitement mécanique, sans section des muscles.

2° L'espace de temps nécessaire pour obtenir ces changemens est le même, soit qu'on ait recours aux seuls moyens orthopédiques, soit qu'on pratique, en outre, la section des muscles.

3° En un mot, la ténotomie dorso-lombaire n'exerce aucune espèce d'influence sur le redressement des courbures latérales de l'épine.

Dira-t-on que les cas que je viens de rapporter apparticn-

nent à la série des insuccès que l'on avoue et qu'ils ne prouvent rien contre des succès non moins réels? Ce serait là sans doute un faux fuyant assez habile pour se débarrasser d'un témoignage incommode; mais, pour qu'il eût quelque valeur, il faudrait commencer par établir la vérité de ces succès, et l'état dans lequel j'ai trouvé deux malades présentées comme guéries permet bien d'exiger d'autrès preuves de ce fait que de simples allégations. Il ne suffirait pas d'ailleurs que l'on eût plus ou moins redressé quelques déviations de l'épine à l'aide d'un traitement composé; il faudrait encore, et avant tout, prouver que la myotomie a réellement eu part au redressement; que les moyens mécaniques n'en ont pas été les agens exclusifs. Il faudrait démontrer que ces succès ont été plus prompts, plus complets ou plus durables que ceux qui sont produits par le seul usage des appareils. Mais à quoi bon m'arrêter à des suppositions de faits imaginaires. Les déviations que j'ai citées n'étaient pas dans d'autres conditions que celles qu'on prétend guérir par la myotomie. Aucune n'était marquée du sceau de l'incurabilité; plusieurs même réunissaient les circonstances d'âge, d'ancienneté, de degré, les plus favorables à la guérison. La docilité des malades, les moyens de surveillance, la bonne volonté des parens n'ont pas manqué à l'opérateur. Pourquoi donc aurait-on échoué dans ces six cas, si l'on avait réussi dans d'autres qui leur étaient identiques? Je n'ai pas choisi ces faits; c'est le hasard qui me les a présentés parmi beaucoup d'autres semblables; il serait étrange que j'eusse joué de malheur au point de ne tomber que sur des revers.

Pour nous et pour ceux qui, comme nous, ont étudié avec quelque soin la déviation latérale de l'épine qui produit la gibbosité, ces preuves sont surabondantes; car elles ne font

que confirmer des principes dont la démonstration est complète, abstraction faite de tout essai clinique. Le temps éclairera, à cet égard, les esprits prévenus ou incertains, et un jour viendra, nous ne craignons pas de l'affirmer, où tel qui réclame la priorité de la myotomie appliquée à la gibbosité dorsale aura bien plutôt à se justifier d'avoir eu recours à un pareil mode de traitement.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Les faits et les considérations contenus dans ce travail peuvent se résumer comme il suit :

1° La contracture des muscles du dos est une affection rare, tout-à-fait distincte de la déviation latérale de l'épine qui produit la gibbosité.

2° Celle-ci diffère anatomiquement des difformités par contracture, en ce qu'elle consiste, dès le principe, en une déformation des vertèbres et des disques inter-vertébraux, et non en une inflexion articulaire due au raccourcissement permanent de certains muscles.

3° La déviation de l'épine qui produit la gibbosité ne résiste pas au redressement en vertu de la brièveté des muscles du dos, qui, à l'état de relâchement, ne se montrent, ni tendus, ni résistans, pendant les efforts exercés sur les courbures.

4° La section de ces muscles, sur le cadavre, n'influe en aucune manière sur le redressement de la déviation, tandis que la section des ligamens, dans les jeunes sujets, permet d'effacer les courbures, malgré la présence des muscles.

5° Les déviations rachidiennes qui produisent les gibbosités, ne se développent pas sous l'influence des mêmes causes que les difformités par contracture.

6° Les lésions nerveuses ou musculaires qui amènent ces

déviations dans certains cas, agissent en changeant les conditions du développement du rachis, et non en donnant lieu à une rétraction permanente de ses muscles.

7° Les irrégularités de l'action musculaire qui concourent, dans ces circonstances et dans d'autres, à la déformation de l'épine, n'ont rien de commun avec les contractures musculaires.

8° L'expérimentation clinique fait voir que la section des muscles du dos est tout-à-fait sans influence sur le redressement de la courbure latérale de l'épine qui produit la gibbosité, et que tout le résultat obtenu doit être mis sur le compte du traitement mécanique consécutif.

9° D'après tout ce qui précède, la myotomie n'est point applicable au traitement de ce genre de courbures. (1)

EXPOSÉ DE QUELQUES FAITS RELATIFS A LA COLORATION DES OS CHEZ LES ANIMAUX SOUMIS AU RÉGIME DE LA GARANCE (2),

par MM. Serres et Doyère.

Note de M. Serres.

L'Académie a reçu dans la dernière séance une lettre concernant le phénomène de coloration des os par la ga-

(1) La lecture de cette seconde partie a été suivie d'une nouvelle apologie de la myotomie rachidienne, qui reproduit des assertions dont nous avons suffisamment démontré la fausseté. L'auteur se propose, dit-il, de traiter des sujets gibbeux, par la section des muscles du dos, sous les yeux d'une Commission de l'Académie des Sciences. Si cette offre est sérieuse, nous nous applaudirons d'avoir été l'occasion d'une enquête dont l'issue, facile à prévoir, ne peut que contribuer aux progrès de la vérité.

(2) Comparez le travail de M. Flourens, *Annales de la chirurgie*, t. III, p. 257 et suiv.

rance, dans laquelle sont exprimés quelques-uns des résultats auxquels nous sommes parvenus, M. Doyère et moi, depuis près de deux ans, par une longue série d'expériences faites sur les animaux vivans et après la mort. Les paquets cachetés que nous avons déposés à l'Académie, en 1840 et 1841, ainsi que la leçon professée sur ce sujet par M. Dumas, à la Faculté de médecine, en 1840, nous dispensent de toute réclamation relativement à la priorité des faits que nous allons faire connaître. Aussi n'est-ce pas là l'objet de la promptitude que nous avons mise à notre communication; cette promptitude a pour but de ne pas laisser compromettre, par des aperçus vagues, une question déjà si controversée dans la science, à cause peut-être du cercle trop étroit dans lequel on la renfermait.

En élargissant ce cercle, en appliquant à l'étude du phénomène de la coloration des os par la garance les données que pouvaient nous fournir les progrès de la chimie, ceux de l'application du microscope à la structure du système osseux, ceux non moins remarquables du développement des êtres organisés, nous sommes arrivés à une explication toute différente de celle que pouvaient fournir les seules expériences physiologiques. Les anatomistes et les physiologistes en jugeront la valeur, après avoir apprécié celle des procédés et des expériences qui nous y ont conduits.

N'ayant été informés que samedi soir de la nécessité où nous étions de faire notre communication dans la séance d'aujourd'hui, je prie l'Académie de permettre que la lecture du résumé de nos expériences soit faite par mon savant collaborateur, M. Doyère.

Lecture de M. Doyère.

Aucun sujet, peut-être, n'a fixé l'attention d'un plus grand

nombre d'hommes éminens; aucun n'a fourni des résultats plus précis et plus décisifs, en apparence, que la coloration des os chez les animaux soumis au régime de la garance; mais comment eussions-nous conservé toute notre confiance première dans ces résultats, le jour où nous avons vu, à n'en pouvoir douter, que ce beau phénomène n'avait réellement pas subi l'épreuve des moyens d'observation les plus sûrs et les plus rigoureux que possède la science. Deux auteurs seulement, Rutherford et Gibson (1), ont cherché, dans la

(1) Nous ne croyons pas avoir à mentionner ici les titres des auteurs qui nous ont précédés. M. Flourens l'a fait avec tout le soin et toute l'impartialité possibles, dans le travail qu'il vient de publier sur cette matière; mais nous devons dire quelques mots de Rutherford et de Gibson, les seuls qui nous paraissent avoir échappé à la savante analyse qu'il a faite des recherches antérieures aux siennes.

Rutherford est le premier qui ait dit que le phosphate de chaux est chimiquement combiné dans les os rougis avec le principe colorant, et y constitue une *laque*. Quant à la manière dont cette combinaison s'opère, c'est, suivant lui, au moment où la molécule de phosphate de chaux, tenue en dissolution dans le sérum du sang, se précipite pour prendre place dans l'os; c'est, en un mot, dans et par l'ossification même. La coloration est un phénomène de nutrition; seulement, la nutrition, dans ce cas, est un phénomène chimique.

Gibson, au contraire, pense que la coloration a lieu dans le tissu tout ossifié; que ce n'est pas autre chose qu'un phénomène de teinture dans lequel le phosphate joue le rôle d'un mordant. C'est entièrement là l'opinion que nous adoptons, ainsi que la suite de ce Mémoire va le faire voir.

On peut dire sans hésiter que l'opinion de Gibson n'a laissé aucune trace dans la science ou du moins qu'elle n'a pas pénétré dans la science française, fait facile à expliquer d'ailleurs pour quiconque a lu son Mémoire. Gibson n'apporte en preuve qu'une seule expérience qui lui appartienne, et cette expérience est mauvaise; dans tout le reste, il s'appuie sur les expériences des autres, que non-seulement il n'a pas répétées, mais dont il ne paraît pas même avoir toujours compris les résultats. Ainsi, l'un de

connaissance de la chimie, les bases d'une explication simple de ce fait, que seuls jusqu'ici ils ont voulu faire descendre de ces régions élevées de la physiologie où il semble à peine possible que l'expérimentation directe puisse atteindre. Mais personne encore ne paraît avoir soumis au microscope, ni même observé à l'aide d'une simple loupe, un fragment d'os rougi par cette expérience, du moins dans le but d'en étudier la nature intime. Dès-lors, il était évident qu'il y avait là une voie pour parvenir à de nouvelles, et peut-être à d'importantes découvertes; et c'est là une des causes qui nous ont déterminés à entreprendre le travail dont nous allons avoir l'honneur de mettre les résultats sous les yeux de l'Académie.

Dans le but de réduire cet exposé à de moindres proportions, nous lui donnerons la forme d'un petit nombre de propositions, appuyées seulement sur les faits qui nous ont paru les plus décisifs; et, d'un autre côté, nous nous sommes proposé de ne tirer de ces faits que leurs conséquences les plus immédiates.

ses argumens les plus puissans est celui-ci : « Les os se colorent *complètement* « en six jours; et, d'un autre côté, tous les observateurs s'accordent à dire « qu'*il faut moins d'une semaine pour qu'ils soient complètement décolorés;* « ce serait donc cinquante-deux renouvellemens complets que l'os éprou- « verait dans une année; etc., etc. » Or, il suffit de lire les travaux de Duhamel, et ceux de M. Flourens, pour apprécier à leur juste valeur les deux assertions sur lesquelles ce raisonnement s'appuie, et pour prononcer que, si Gibson a fait rougir des squelettes par l'alimentation colorante, du moins n'a-t-il pas étudié le phénomène de leur décoloration, lorsqu'on remet les animaux au régime ordinaire.

Nous ne connaissons le travail de Rutherford que par celui de Gibson. (*Mém. de Manchester*, 1805, 2e série, t. I, p. 146.)

I. *De la coloration des os, dans sa nature.*

Si l'on prenait à la lettre les expressions des observateurs, on devrait croire que, dans un animal tué après quelques jours d'un régime énergique, les os seuls présentent une teinte due, en tout ou en partie, aux principes colorans de la garance. Ce n'est point là sans nul doute ce qu'ils ont voulu dire; car il est à-peu-près impossible qu'ils n'aient pas observé au moins quelques-uns des phénomènes suivans (1) :

Le tissu cellulaire et les aponévroses sont teintes en rose, que l'action de l'ammoniaque fait virer au pourpre.

Il en est de même des membranes séreuses et des fluides qu'elles contiennent.

La teinte rose offre une intensité toute particulière dans

(1) Le chien est l'animal sur lequel nous avons principalement expérimenté, et c'est de lui qu'il s'agira dans tout ce que nous allons dire, à moins d'indication contraire. Lorsque nous dirons *fortement rougi*, *coloration intense*, il s'agira de la coloration qui se produit par une alimentation dans laquelle la garance n'entre qu'à une dose assez médiocre, mais qui a été prolongée de huit à quinze jours. Les mots *régime énergique* désignent, au contraire, une alimentation dans laquelle la garance entre en plus grande abondance, mais qui ne peut se prolonger au-delà de quelques jours. On nous demandera sans doute d'établir des proportions, de donner des nombres exacts; nous serions obligés de répondre que cela est impossible; car ce que nous pouvons dire, c'est que l'effet colorant est en raison composée de la dose de garance, de la durée du régime et de la plus grande jeunesse de l'animal; mais les effets toxiques croissent suivant une proportion beaucoup plus rapide encore. Donner peu de garance en commençant, augmenter par degrés, en évitant d'en donner assez pour provoquer des vomissemens; museler fortement l'animal pour l'empêcher de vomir, si l'on veut en donner davantage : telles sont à-peu-près les seules règles que l'on puisse assigner à l'alimentation colorante, du moins relativement aux animaux que nous avons choisis.

le tissu adipeux sous-cutané; c'est même à l'abondance de la matière colorante dans ce tissu qu'est due une couleur pourpre très manifeste que prend, dans l'animal vivant, la peau nue du ventre et de l'intérieur des cuisses. Chercher la cause de cette particularité nous eût semblé d'un grand intérêt.

Elle n'abonde pas moins dans le foie, puisque la couleur si foncée de cet organe en est altérée. La bile a totalement perdu sa couleur caractéristique. (1)

En un mot, la substance blanche du cerveau, les cartilages et les tendons sont les seuls tissus dans lesquels l'absence de la coloration rose nous ait paru incontestable.

Mais ce qui distingue la coloration de ces divers tissus, par rapport à celle des os, c'est beaucoup moins la vivacité et la densité de celle-ci, circonstances secondaires, que sa stabilité. Elle est fixée dans le tissu osseux; ni de longues macérations, ni l'action chimique de certains dissolvans des principes colorans de la garance, ne la font disparaître, tandis qu'il suffit d'un simple lavage ou d'un séjour un peu prolongé dans l'eau pour l'enlever complètement aux autres tissus. En un mot, c'est que, dans ceux-ci, la coloration appartient encore à la partie fluide du sang qui les baigne, tan-

(1) L'urine est fortement colorée, fait bien connu, qui a permis d'apprécier le temps que met le principe colorant à passer de l'estomac dans les résultats de la sécrétion urinaire.

Les excrémens nous ont fourni l'occasion d'une observation assez curieuse. Après un certain temps, chez certains de nos animaux, ils ont perdu la couleur foncée qui leur est propre, pour devenir d'un blanc coloré de la même teinte rose que les os. Nous avons remis à M. Dumas, qui les conserve, quelques-uns des résultats de cette observation, qui mériterait peut-être que l'on y donnât quelque suite.

dis que, dans l'autre, le principe colorant a quitté la partie fluide du sang pour devenir une partie du tissu lui-même.

Nous parlons de la coloration comme ayant son principe dans le sang : c'est là une proposition dont la preuve paraîtra superflue sans doute ; rien ne serait, au reste, plus facile que de l'établir jusqu'à l'évidence. Il suffirait de saigner un animal, et de laisser reposer le sang pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, on observe ce qui suit :

Le sérum qui surnage est revêtu d'une pellicule très mince ; en la recueillant, on verra que c'est une matière aussi riche pour les yeux, en coloration, que le serait une couche de *laque de garance* du commerce. Nous n'en avons point étudié la nature.

Le sérum lui-même est d'une belle couleur rose-pourpre.

La couenne, lorsqu'elle existe, est assez fortement colorée pour que des yeux inexercés pussent la confondre avec le caillot dans certains cas.

Quant au caillot lui-même, on n'y saisit que sa couleur propre ; mais qu'il soit desséché, broyé, jeté et agité dans l'acide sulfurique concentré ; que l'acide soit ensuite décanté avec soin, étendu d'eau et saturé par l'ammoniaque, et l'on y verra apparaître la couleur pourpre dans laquelle les alcalis transforment la teinte rose ou rouge de la purpurine et de l'alizarine.

Maintenant, quel est le principe spécial au tissu osseux dont la présence puisse expliquer la fixité de la teinte que prennent les os sous l'influence de l'alimentation colorante ? C'est le phosphate de chaux.

Le phosphate de chaux des os est basique et insoluble ; à ce double titre, il partage, avec les autres sous-sels insolubles, la propriété de se combiner aux matières colorantes

et de constituer avec elles un composé insoluble appartenant à ce genre de composés que l'on a désignés sous le nom de *laques*. C'est là un fait parfaitement connu des chimistes, et dont il est facile à tout le monde de se convaincre. Ainsi :

Que l'on verse successivement dans une dissolution aqueuse de garance filtrée, du chlorure de calcium et du phosphate de soude, il se précipitera une laque de phosphate de chaux, mais d'une couleur fort impure, parce que l'alizarine et la purpurine sont très peu solubles dans l'eau, et que la dissolution aqueuse était presque exclusivement colorée par les principes solubles.

En versant une dissolution acide du phosphate de chaux des os dans une solution alcaline obtenue de la garance, après l'avoir traitée par l'acide sulfurique et le carbonate de soude, on obtiendra une laque beaucoup plus belle.

Celle que l'on précipite d'une dissolution alcoolique de purpurine ne le cède en rien à la coloration que prennent les os dans le phénomène physiologique qui nous occupe.

Enfin, on peut obtenir un précipité de la plus belle teinte dans le sérum coloré lui-même; mais cette teinte est toujours légère, parce que la précipitation de phosphate de chaux est toujours accompagnée d'une précipitation abondante de flocons albumineux.

Tels sont, en quelque sorte, les prolégomènes des propositions qui vont suivre. Voyons maintenant ces propositions elles-mêmes.

PROPOSITION PREMIÈRE. — *Sans être extérieure au tissu osseux, la coloration n'y pénètre pourtant qu'à une profondeur tellement peu considérable, que la minceur de la couche colorée suffirait seule pour enlever au phénomène une grande partie de son importance physiologique.*

Cette proposition contredit si fortement les faits généralement reçus, qu'elle paraîtra d'abord tout-à-fait inintelligible; mais nous espérons qu'un très petit nombre d'explications la rendront vraie pour tout le monde.

Lorsque l'on scie transversalement, dans son milieu, le corps d'un os long, et que l'on regarde la section, on voit une teinte continue rose qui s'enfonce, en s'affaiblissant, dans la profondeur de l'os : c'est là la *coloration apparente*; la portion de l'os qu'elle envahit est ce qu'on a appelé *la virole colorée*.

Mais observons cette même surface de section avec une loupe un peu forte, et déjà nous verrons cette teinte continue se décomposer en un semis de points dispersés sur un fond blanc.

Au lieu d'une loupe grossissant vingt fois, employons un microscope grossissant de deux à trois cents fois, et chaque point deviendra un cercle coloré entourant un trou pratiqué dans la substance osseuse, et la comparaison de la section transversale avec une section longitudinale du même tissu aura bientôt prouvé :

1° Que le trou est un canalicule, et que ce canalicule est le lieu d'un vaisseau capillaire d'autant plus délié que l'animal approche davantage de l'âge adulte;

2° Que le cercle coloré n'est autre chose que la coupe transversale d'un cylindre creux coloré qui constitue la paroi immédiate du canalicule. Ce cylindre creux a pour substance la portion colorée du tissu osseux; il est en continuité absolue avec le reste, qui demeure incolore.

Voilà pour l'épaisseur de la virole colorée. Sa limite extérieure offre de même une couche colorée d'une minceur

tout-à-fait comparable à celle qui enveloppe les canalicules les moins profondément situés.

La coloration ne se produit d'ailleurs qu'au contact immédiat des ramifications artérielles et capillaires du tissu osseux lui-même ou du périoste, et nous ayons été d'autant plus frappés de ce résultat, que, par une circonstance qui nous était spéciale, nous attendions positivement une coloration générale du tissu osseux *dans sa profondeur*. Nous demandons à l'Académie la permission d'arrêter un instant son attention sur un fait qui n'est pas étranger aux recherches dont il s'agit ici, et qui intéresse certainement l'histoire physiologique du tissu osseux.

Tous les observateurs ont vu ce que l'on appelle les *corpuscules osseux*. Ce sont de très petites taches que Leuwenhoeck et Malpighi avaient déjà signalées, que Purkinje et Retzius ont décrites dans une certaine partie du tissu dentaire. Beaucoup d'auteurs ont cru que c'étaient les sels calcaires des os qui se montraient là sous forme de dépôts et libres de toutes combinaisons chimiques avec les principes organiques; et M. J. Müller lui-même, dans ses *Elémens de Physiologie* (1), s'attache seulement à prouver que ces corpuscules ne constituent pas la plus grande partie des sels calcaires. Or, nous avions déjà observé, depuis quelque temps, que ces prétendus corpuscules ne sont que des cavités microscopiques que rattache un réseau canaliculaire considérablement plus délié que les systèmes capillaires les plus déliés que nous connussions, et nous n'avions pas hésité à croire que ce nouveau système de conduits pouvait être l'organe de la nutrition intime du tissu, organe qu'aurait seulement alimenté le système capillaire.

(1) Page 392 de la traduction anglaise, 2e édition.

Rien de plus simple d'ailleurs que de prouver le fait que nous annonçons, relativement à la nature des *corpuscules osseux*. Il suffit d'étudier avec un peu d'attention la manière dont ils se comportent lorsqu'on plonge une lamelle extrêmement mince de tissu osseux sec dans un bain d'huile. Pour cela, il faut placer cette lamelle au foyer du microscope, entre les deux verres minces d'un compresseur, et y faire passer une goutte d'huile. Les prétendus corpuscules prennent instantanément l'aspect de taches opaques et noires, avec un point brillant à leur centre, entourées d'une inextricable réseau de lignes infiniment déliées; et quiconque aura étudié la réfringence des corps plongés dans les liquides, comme moyen d'observation microscopique, prononcera immédiament que, du moins dans le tissu osseux sec, la matière des corpuscules doit être une substance d'un indice de réfraction extrêmement différent de celui de l'huile; ou plutôt il jugera de suite qu'un gaz seul peut produire l'effet optique qu'il a sous les yeux. D'ailleurs, pour que sa conviction à cet égard se change en certitude, il lui suffira de prolonger l'observation; car bientôt les lignes noires disparaîtront, les plus déliées d'abord, les plus grosses et les points d'anastomose ensuite; les angles des corpuscules s'arrondiront; le corpuscule lui-même ne sera bientôt plus qu'un ovoïde microscopique, puis une petite sphère dans laquelle tout le monde reconnaîtrait une bulle d'air. Enfin, la bulle d'air elle-même finit par disparaître.

Que contiennent pendant la vie ces cavités et le réseau de canaux qui les font communiquer entre elles ? Un fluide sans aucun doute; mais l'étude des phénomènes de la coloration des os vivans par la garance ne nous autorise pas à croire qu'ils soient, comme nous l'avons pensé, le siège d'une

circulation quelconque en rapport avec la circulation du sang; jamais, et par aucun moyen, nous n'avons pu y saisir aucune trace de la pénétration d'un fluide provenant du système artériel ou capillaire.

Ainsi, une couche en contact avec le périoste et une couche entourant les vaisseaux capillaires de la *virole colorée,* voilà ce qui, selon nous, constitue la *coloration vraie* du tissu osseux dans les animaux rougis par le régime de la garance.

Or, nous ne croyons pas pouvoir évaluer *en moyenne* l'épaisseur de ces couches à plus d'*un à deux centièmes* de millimètre. C'est là l'épaisseur réelle de la *coloration vraie* du tissu osseux, même après l'action d'une alimentation énergique ou long-temps continuée. (1)

Et comme la distance des canalicules entre eux est généralement plus grande que le double de cette quantité, il est évident que, même dans la virole osseuse, dont la *coloration apparente* est la plus intense, la majeure partie du tissu osseux sera demeurée blanche.

Ainsi il faut rayer de l'histoire du phénomène que nous étudions, ces mots qu'il était permis d'employer à une époque où l'on ne s'était pas encore servi du microscope, ces mots auxquels on avait donné tant de portée, et dont il semblait en effet permis de tirer des conséquences si affirmatives touchant la nature de l'intus-susception et de la nutri-

(1) Cependant nous devons dire que le temps nous a manqué pour prendre un aussi grand nombre de mesures que nous l'eussions désiré. Nous ne mettons pas en doute que, dans certains cas, l'épaisseur de la couche ne puisse atteindre le double de celle que nous lui assignons, ou même peut-être davantage.

tion intime des tissus : *Que la coloration se fait dans la profondeur du tissu osseux.*

Et nous n'avons plus affaire à un phénomène se passant dans la profondeur la plus intime du tissu le plus dense de toute l'économie, mais bien à un phénomène ayant pour lieu une surface matérielle plus ou moins poreuse, plus ou moins perméable, et dont l'effet ne peut se mesurer que par les fractions du millimètre les plus petites qu'il soit possible d'employer à la mesure des objets, même avec l'habitude la plus grande des instrumens grossissans.

Or en partant de cette connaissance du siége de la coloration, nous disons :

Proposition II. — *Que cette coloration n'est qu'un phénomène de teinture.*

Ici toute preuve directe est impossible, puisqu'il s'agit d'actions exclusivement moléculaires ; les seules bases sur lesquelles une conviction puisse être établie sont donc les inductions purement analogiques, tirées de faits dans lesquels la nature du phénomène soit évidente pour tout le monde. Voyons jusqu'où nos expériences nous permettront de pousser l'induction analogique.

Première expérience. — Un fragment d'os plongé dans une dissolution de garance se colore. Sa coloration est aussi fixe, elle pénètre au moins aussi profondément que celle qui est la conséquence de l'alimentation colorante. Elle se conduit de la même manière avec les alcalis, les acides et tous les réactifs chimiques dont nous avons étudié l'action sur les os colorés physiologiquement ; son apparence sous le microscope n'offre rien qui la distingue.

Deuxième expérience. — Nous enfonçons dans les muscles pectoraux d'un pigeon déjà sous l'influence d'un régime

colorant énergique des fragmens d'un os ou d'une dent de mammifère, de reptile ou de poisson, taillés en aiguilles; nous les retirons après vingt-quatre à trente heures, et ils sont colorés (par places), de la même teinte que le squelette de l'oiseau lui-même. De semblables aiguilles colorées depuis deux ans sont sous les yeux de l'Académie.

Troisième expérience. — Ne serait-il pas possible d'arriver à produire la coloration générale du squelette, telle que le produit le régime de la garance? Oui. Il suffit pour cela d'injecter dans le système artériel des dissolutions colorées convenablement choisies.

Celle qui nous a le mieux réussi a pour dissolvant l'eau alcalinisée par une proportion de trois à cinq millièmes de soude. La seule préparation que nous eussions fait subir à la garance avait consisté dans un traitement assez imparfait, par l'acide sulfurique, et c'est probablement à cette circonstance que nous devons attribuer la légère différence de teinte que présente notre coloration artificielle. Deux à trois jours ont suffi pour donner au squelette d'enfant que l'Académie a sous les yeux, une teinte notablement plus forte que celle de ce jeune cochon, nourri pendant dix-sept jours d'alimens mêlés de garance.

Nous avons réussi sur des chiens, en les injectant immédiatement après les avoir tués, et sur des cadavres d'enfans, en les injectant vingt-quatre ou trente heures après leur mort; mais les résultats de la coloration artificielle se rapprochent peut-être un peu moins de ceux de la coloration naturelle dans le premier cas que dans le second.

Le désir de nous rapprocher autant que possible des produits de la coloration par le régime, sous le rapport de la beauté de la teinte, nous avait conduits à injecter la pur-

purine en dissolution, soit dans l'alcool, soit dans la dissolution d'alun; mais ces essais ne nous ont donné aucun résultat, et nous ne les avons pas répétés.

Quatrième expérience. — Un os long étant dépouillé de son périoste et gratté avec soin pour qu'aucune portion molle n'en revête immédiatement la surface, et l'animal mis à un régime énergique, après que l'on a fermé la plaie, la portion dépouillée et grattée se colore comme celle dont le périoste est demeuré intact.

Cette expérience a d'ailleurs varié de plusieurs manières : ainsi, l'os se colore lorsque l'on interpose entre le périoste et sa surface une lame de platine ; la teinte n'en paraît pas même affaiblie, au moins dans le plus grand nombre de cas.

Dans une de ces expériences, exécutée sur la face supérieure du crâne d'un chien d'assez grande taille, la lame de platine dont nous nous sommes servis n'avait pas moins de cinq centimètres sur trois.

Ici nous croyons avoir conservé aux conditions du phénomène chimique tout ce qu'elles ont d'essentiel, tout ce qui les constitue dans les expériences précédentes ; et cependant nous avons agi sur un tissu vivant, encore susceptible de reprendre toutes ses fonctions, car bientôt un nouveau périoste s'organise pour le remplacement de la lame enlevée : aussi n'avons-nous pas cru devoir pousser nos expériences plus loin, tant il nous eût semblé difficile d'établir un rapprochement plus complet entre le fait chimique, d'une part, et le fait vital de l'autre. (1)

(1) Nous avons prévu une objection qui est celle-ci : « Comment dire qu'un « phénomène préparé dans un animal vivant, par un tel cortège d'actions

Rutherford, tout en affirmant que le phénomène de la coloration était de sa nature purement chimique, y voyait en même temps un phénomène de nutrition et d'accroissement, car il admettait que la molécule de phosphate calcaire se colorait par précipitation au moment même où elle quittait le sérum pour se fixer dans l'os en se combinant avec la substance organique. C'est là une vue que, après de longues réflexions, nous n'avons pu admettre ; car la coloration est en rapport direct sous le triple point de vue de la promptitude avec laquelle elle se produit, de la pronfondeur à laquelle elle pénètre et de l'intensité de sa teinte, avec l'éner-

« physiologiques, actions digestives, absorption, circulation, etc., *est un phé-* « *nomène purement chimique?* » Mais ce serait confondre le fait que nous voulons expliquer, avec les faits physiologiques qui le préparent. Le sang d'un animal soumis au régime de la garance, ainsi que les fluides qui en émanent pour baigner les tissus, sont, au bout de quelques heures de régime, chargés des principes tinctoriaux ; et, lorsqu'ils sont portés au contact immédiat des surfaces osseuses, et qu'ils y pénètrent par imbibition à la profondeur que nous connaissons maintenant, il se produit un phénomène de teinture.

Nous avions néanmoins songé à une série d'expériences qui devaient avoir pour résultat d'éliminer du phénomène une grande partie des actions vitales que l'on nous opposera dans l'objection précédente. Elles eussent consisté à porter immédiatement dans le torrent circulatoire d'un animal vivant, soit l'alizarine ou la purpurine en poudre impalpable, tenues en suspension dans l'eau, soit une dissolution faiblement alcaline de ces mêmes principes, soit enfin d'autres matières colorantes sous différentes formes. Mais la dépense de temps que ces expériences devaient nous coûter, nous a paru hors de toute proportion avec l'importance de l'objet qu'il s'agissait de combattre. Si nous les reprenons, ce sera plutôt dans le but de vérifier un résultat d'induction qui nous paraît fort probable, à savoir que beaucoup de matières colorantes produiraient les mêmes résultats que celles de la garance, si l'absorption les faisait passer comme elle dans le torrent circulatoire.

gie du régime colorant, énergie déterminée par la proportion de garance que l'on mêle aux alimens. Quelques heures suffisent (cinq d'après une des curieuses expériences de M. Flourens) pour colorer fortement tout le squelette. Si la coloration traduisait l'accroissement et la nutrition, et ce serait là une conséquence rigoureuse de l'hypothèse de Rutherford ; il faudrait donc admettre que la nutrition et l'accroissement sont en raison directe de la quantité de garance qui constitue la partie active de l'alimentation colorée. Or, comment croire qu'une substance qui est pour les animaux un purgatif violent, un poison véritable, qui, même lorsqu'on la donne à des proportions assez faibles, les conduit en un petit nombre de jours au dernier degré du marasme et à la mort, puisse être en même temps l'élément de nutrition le plus actif, celui dont les effets sont le plus en rapport avec la quantité pondérable introduite dans le canal alimentaire. Ajoutons que Rutherford croyait à la nutrition et à l'accroissement comme se produisant dans la profondeur intime des tissus, et que son opinion se fût probablement modifiée, s'il eût connu l'épaisseur réelle de la couche colorée.

II. *De la marche générale que suit la coloration dans le tissu compacte, et de quelques conséquences qu'il est permis d'en tirer.*

Ce que les observateurs précédens ont annoncé touchant la marche générale de la coloration dans le tissu compacte, peut se résumer de la manière suivante :

« Dans le corps d'un os long la coloration se produit d'abord à la surface externe, et elle marche de cette surface vers l'axe, de dehors en dedans. »

On a ajouté :

« Elle procède du périoste. »

Or ces deux formules doivent être modifiées.

D'abord il n'est pas exact de dire qu'elle procède du périoste, car s'il en est ainsi, la surface externe de l'os devra être colorée sur toute son étendue, puisque sur toute son étendue elle est en contact avec le périoste. Or cela n'est pas. Toute *table* de tissu compacte, qu'elle appartienne à un os plat ou à un os long (1), est bordée par une zone incolore, quelle qu'ait été l'énergie du régime et sa durée.

D'un autre côté, la règle d'après laquelle la coloration marcherait de dehors en dedans, ne rend point compte de la plupart des faits que montre l'emploi du microscope.

Ainsi :

Certains os longs sont colorés presque exclusivement par leur intérieur, et il est très facile de vérifier que le décroissement de la coloration s'y fait de dedans en dehors : tel est le péroné, par exemple. (2)

Mais, en général, un os long présente à qui l'étudie attentivement deux systèmes de coloration distincts : l'un pro

(1) Nous nous servons du mot *table* pour le tissu compacte des os longs comme pour celui des os plats, parce que le tissu compacte des os longs a d'abord cette forme, et n'est point dans les animaux jeunes un cylindre creux; c'est une lame courbée, entourant une partie d'autant moins considérable de la diaphyse que l'animal est moins âgé.

(2) Nous croyons pouvoir avancer que le système de coloration intérieur tend d'autant plus à prédominer sur l'extérieur que l'os est plus avancé dans son développement. Dans des animaux adultes soumis à l'alimentation colorante, nous avons trouvé le squelette incolore à l'extérieur, tandis que chaque os pris isolément était légèrement coloré en rose à son intérieur. Mais il y a encore là, pour nous, comme sur une foule d'autres points du même sujet, une étude à faire.

cédant de dehors en dedans, l'autre, au contraire, de dedans en dehors.

Pour s'en convaincre, que l'on étudie une section transversale d'un fémur coloré physiologiquement, on verra que le bord correspondant à la face antérieure de l'os est occupé jusqu'à une certaine profondeur par une bordure colorée dont la forme est celle d'un croissant fort allongé, et il suffit d'examiner cette bordure avec quelque attention pour reconnaître que la teinte y va diminuant de dehors en dedans. Du côté opposé, qui est celui de la ligne âpre, un semblable croissant existe, mais il a pour limite concave le bord intérieur de la section, et le microscope montre que la coloration y va diminuant, au contraire, de dedans en dehors. Ces deux croissans colorés sont tournés l'un vers l'autre ; le premier, prolongé jusqu'à former un cercle, envelopperait le second, qui forme souvent un cercle complet ; ils sont séparés par une portion de cercle incolore.

Or une étude très attentive, qui prendra pour point de départ ces trois apparences de la section transversale du cylindre diaphysaire, conduira à reconnaître que ce cylindre, loin de présenter ce système de coloration simple que l'on avait formulé comme nous venons de le dire, se trouve réellement décomposé en trois couches ou *demi-viroles* plus ou moins incomplètes, s'enveloppant, dont la coupe transversale peut être une couronne circulaire, mais en général un *croissant*.

Une demi-virole blanche sépare les deux demi-viroles colorées extérieure et intérieure, et c'est elle qui, en émergeant à la surface entre les deux, y produit la zone incolore périphérique de la table compacte.

Nous avons choisi le fémur parce qu'il se prête mieux à

la description, mais, de tous les os longs, c'est le cubitus qui nous a paru montrer les deux systèmes dont il s'agit, le mieux isolés l'un de l'autre et le plus reconnaissables.

Il y a d'ailleurs un rapport entre la direction de ces demi-viroles concentriques et la position du système artériel général dans la sphère d'action duquel se trouve placé l'os que l'on étudie; mais nous ne croyons pas devoir nous engager ici dans l'exposition de résultats que nous regardons nous-mêmes comme encore beaucoup trop incomplets.

Il nous faut chercher maintenant la raison de l'existence simultanée de ces deux systèmes de coloration, et celle de l'espace incolore qui les sépare. Or c'est ce que nous croyons pouvoir faire d'une manière satisfaisante.

Etablissons d'abord la proposition suivante :

Proposition III. — *Le tissu propre du périoste oppose un obstacle mécanique au contact immédiat de la surface osseuse qu'il recouvre et des fluides colorés qui pourraient s'exhaler de ses vaisseaux sanguins.*

La zone blanche périphérique de la table compacte nous a mis sur la voie de ce résultat, que nous avons vérifié de la manière suivante :

Avec la pointe d'un scalpel, nous avons décrit sur une surface du tissu compacte d'un os long deux cercles concentriques; puis nous avons enlevé la couronne circulaire ainsi obtenue, en réservant avec le plus grand soin la rondelle désormais isolée que cette couronne entourait. Puis nous avons mis l'animal à un régime énergique pendant vingt-quatre heures. Après ce temps, nous l'avons tué, et l'étude de l'os sur lequel nous avons opéré nous a montré :

1° La portion que recouvrait la couronne enlevée, rouge

comme le reste de l'os, ainsi que nos expériences précédentes nous donnaient le droit de l'attendre;

2° La portion recouverte par la rondelle périostique, blanche.

Et, ce qui rend ce résultat encore plus frappant peut-être, c'est que les expériences à l'aide desquelles nous l'avons obtenu ont été faites sur des pigeons, et que la rondelle isolée, étant nécessairement fort exiguë, devait nous sembler perméable dans tous les sens.

Si l'animal est laissé au régime beaucoup plus de vingt-quatre à trente heures, l'espace d'où l'on a enlevé la couronne se remplit bientôt d'un tissu plastique; des rapports vasculaires se rétablissent entre la rondelle précédemment isolée et le reste du périoste, et la coloration se produit alors sous la rondelle comme sous le reste de la surface osseuse.

« Nous lisons dans une de nos notes : « Cautérisé le pé-
« rioste par le nitrate d'argent. Après soixante heures, le
« tissu osseux sous-jacent est coloré, bien qu'il ait été atteint
« par l'agent chimique. » Ce fait semblerait indiquer que l'imperméabilité dont il s'agit n'appartient qu'au périoste vivant; mais la durée de soixante heures est trop prolongée. Nous regrettons de n'avoir pu donner suite à cette expérience.

Proposition IV. — *Le système capillaire des os a une double origine artérielle, et c'est à cette double origine qu'est due la dualité du système général de coloration.*

Le périoste reçoit ses vaisseaux par sa face extérieure; lorsqu'on l'étudie après l'avoir injecté aussi complètement que possible, et de manière à pénétrer jusque dans ses ramifications les plus déliées, on voit que ce système se ramifie de dehors en dedans, et qu'il se continue rigoureusement

dans la table compacte. En comparant une section transversale de cette table à une autre section menée par l'axe de l'os long, on voit que les capillaires longitudinaux y sont disposés par couches réticulaires concentriques autour de l'axe, mais que, dans chaque couche, chaque vaisseau longitudinal décrit une courbe à concavité extérieure, et va émerger à la surface de l'os pour se continuer sans interruption dans le périoste.

D'après cela, la première couche réticulaire de la table compacte, la plus extérieure, est débordée par la seconde, laquelle est débordée elle-même par la troisième, et ainsi de suite. Les réseaux de la couche blanche sont les plus étendus de tous; ils émergent avec cette couche et la quittent pour passer dans le périoste.

Mais, ce qui est le plus important, c'est que, en réunissant la table compacte et le périoste, nous n'avons plus qu'un seul *système vasculaire extérieur ou périostique,* dans lequel les couches réticulaires sont simplement concentriques et ne se débordent plus.

Il est inutile de dire que ces couches communiquent entre elles, de même que les vaisseaux d'une même couche réticulaire, dans tous les sens, et de la manière la plus complète.

D'un autre côté, les artères traversent l'épaisseur du cylindre diaphysaire pour aller s'épanouir dans la moelle et dans le tissu spongieux et toutes ses dépendances, en un *système vasculaire intérieur,* dans lequel la ramification générale et la marche du sang procèdent de l'axe vers la périphérie.

Ces deux systèmes, l'extérieur ou *périostique*, et l'intérieur, ou *médullaire,* se rencontrent et s'abouchent par leurs

derniers réseaux capillaires, et nous devons considérer la virole blanche comme leur limite respective. Le sang n'arrive dans les capillaires de cette couche blanche, soit qu'il vienne de l'une ou de l'autre face, qu'après avoir traversé les capillaires situés plus près de l'origine de l'un ou de l'autre système, et ce fluide y circule assez lentement pour s'y dépouiller à son passage de toute la matière colorante qu'il contient. C'est par cette hypothèse de la stagnation du sang dans les capillaires du tissu compacte, et par cette hypothèse seulement, que nous sommes arrivés à concevoir le décroissement rapide en épaisseur des cylindres colorés capillaires de l'un et de l'autre système, et l'absence de coloration de ceux de la couche blanche. Cette stagnation serait d'ailleurs tout-à-fait en rapport :

1° Avec l'exiguïté du diamètre des capillaires qui doit opposer à l'écoulement un obstacle considérable ;

2° Avec l'abouchement des deux systèmes ; car le réseau capillaire général qui en résulte doit jouer le même rôle qu'un canal unissant les deux bras d'une même rivière, et recevant de chacun une impulsion égale.

Nous ne croyons pas que, relativement à l'abouchement et à l'antagonisme de ces deux systèmes, ni relativement à la stagnation du fluide circulatoire, aucun doute soit possible pour quiconque aura observé avec soin tous les faits qui précèdent ; et pourtant nous signalerons encore une circonstance qui nous paraît les mettre en relief d'une manière assez remarquable. Lorsqu'on enlève une lame du périoste sur la face extérieure de la table compacte, et que l'on met l'animal au régime colorant, la portion dénudée se colore, avons-nous dit, comme le reste de la surface extérieure, par l'accès des fluides dans la plaie ; mais ce que nous devons

ajouter, c'est que la partie correspondante de la surface intérieure se colore très vivement, ainsi que la partie du réseau capillaire qui les sépare. On conçoit en effet, que l'enlèvement du périoste à la face extérieure a eu pour résultat de faire cesser l'obstacle opposé dans ce point par l'abouchement des deux systèmes, à l'écoulement des fluides du système intérieur; c'est comme si, dans le canal dont nous avons parlé, on supprimait l'action mécanique de l'un ou de l'autre des deux bras de la rivière. Nous ne doutons pas que la science ne doive un jour tirer parti de ces faits de mécanique animale, et des considérations même les plus immédiates auxquelles ils donnent lieu; mais nous ne croyons pas devoir nous étendre davantage sur ce point.

Quelque sort que doive d'ailleurs éprouver l'hypothèse par laquelle nous essayons d'expliquer le phénomène du décroissement rapide de la décoloration dans chaque demi-virole colorée, le fait existe; et il nous semble difficile de ne pas admettre qu'il doit être en rapport intime avec la marche des fluides colorés dans l'intérieur du système capillaire, qu'il doit traduire cette marche : que les capillaires dans lesquels le sang arrive en même temps et dans le même état doivent être colorés de la même manière; que ceux dans lesquels il arrive plus tard et dépouillé déjà d'une partie de ses principes colorans, doivent se colorer moins, et c'est là précisément ce qui constitue notre proposition cinquième.

PROPOSITION V. — *La marche de la coloration est subordonnée à la marche générale du sang dans le système capillaire.*

Telle est après une longue série d'expériences et d'études dont les résultats ont souvent rempli notre esprit de perplexité, l'idée que nous nous faisons maintenant de la

coloration des os chez les animaux soumis au régime de la garance, de ses causes, de sa marche. *Que ce soit ou ne que ce soit pas un fait de nutrition*, c'est pour nous un fait purement physico-chimique; et si ces deux idées de nutrition et de coloration s'y trouvent en effet réunies d'une manière tellement serrée qu'il soit impossible de les séparer, c'est la première qui devra être modifiée.

Disons un mot du secours que l'on peut attendre de la coloration des os pour l'étude de leur formation et de leur accroissement.

La combinaison du phosphate de chaux avec les principes colorans de la garance est une combinaison insoluble. Mais cette insolubilité n'est pas absolue; elle ne doit donc pas constituer, pour la coloration des os, une stabilité absolue, comme on semble l'avoir avancé dans ces derniers temps. S'il n'est pas vrai, comme l'avaient cru les premiers observateurs, que *le tissu osseux se décolore*, il n'est pas non plus exact de dire *que la coloration ne disparaît pas, et que c'est la matière colorée seule qui disparaît.* Tous les dissolvans qui, saturés des principes colorans de la garance, cèdent ces principes au tissu osseux, peuvent, employés purs, les lui enlever dans un temps plus ou moins long. Ce n'est que la conséquence des principes de la statique chimique: d'ailleurs nous en avons fait l'essai par l'eau, l'alcool, l'éther et les dissolutions d'ammoniaque, de potasse et de soude; et comment concevoir qu'il en fût autrement du sérum du sang, l'un des dissolvans les plus actifs de ces principes? Enfin nous croyons pouvoir promettre de montrer des preuves de décoloration sans enlèvement de phosphate de chaux chez des animaux jeunes.

Mais cette stabilité est assez grande pour que la colo-

ration persiste pendant un temps beaucoup plus que suffisant; et l'on pourra étudier au microscope les faits d'accroissement des os, parce que les lignes et les surfaces colorées que le régime de la garance aura décrites dans le tissu osseux, sépareront nettement, pendant assez long-temps, la formation antérieure de celle qui l'aura suivie. D'ailleurs, il y a même dans la possibilité que la décoloration ait lieu, elle circonstance étant donnée, une source d'observations du plus grand intérêt. Nous en offrons pour preuve l'expérience suivante, entreprise dans le but de fixer nos idées, en quelque sorte d'un seul coup, sur l'existence même du phénomène de la nutrition, sur cet échange perpétuel des molécules de tous nos tissus, sur cette mutation essentielle de la matière organique en vertu de laquelle *la forme des corps organisés leur serait plus essentielle que leur substance, puisque celle-ci changerait sans cesse, tandis que celle-là se conserve*, bien que, toutefois, dans de certaines limites.

Nous tenions d'autant plus à arrêter nos idées sur ce point, qne l'opinion universellement admise nous paraît avoir ses racines les plus profondes dans le phénomène dont nous avions entrepris l'étude. D'un autre côté, il nous a toujours semblé que les observateurs ne se sont pas assez préoccupés de la simultanéité des deux faits physiologiques de la nutrition et de l'accroissement chez les jeunes animaux; et c'est à isoler le premier du second que nous nous sommes surtout attachés.

Pour cela, nous avons pris trois jeunes pigeons, les plus âgés que nous ayons trouvés à cette époque de l'année, puis nous les avons nourris d'alimens mêlés de garance, du 10 mars au 15 avril 1840, en ayant soin d'interrompre le

régime aussitôt qu'ils paraissaient trop en souffrir. Malgré nos précautions, deux sont morts.

Nous avons laissé le troisième vivre et s'accroître jusqu'au 25 mai; et, à ce moment, où nous le jugions âgé d'au moins quatre mois, nous lui avons amputé l'aile gauche; puis nous avons pris soin qu'aucun aliment colorant ne lui fût désormais administré.

Le 30 janvier 1841, au moment de déposer notre deuxième paquet cacheté, nous lui avons amputé l'aile droite. L'animal, dont nous mettons le squelette entier sous les yeux de l'Académie, est mort des suites de cette seconde opération.

L'aile droite, colorée en même temps, et par le même régime que la gauche, n'avait pas dû prendre une teinte différente; car sur les deux cents animaux que nous avons sacrifiés à nos expériences, nous n'avons pas observé *une seule fois* un fait semblable.

D'un autre côté, soumise pendant huit mois de plus et pendant les huit mois qui suivent immédiatement la dernière période de l'accroissement, au *tourbillon vital,* au *renouvellement*, à la *mutation*, à l'*échange* de ses molécules, elle eût dû évidemment perdre quelque chose.

Or, la teinte des deux ailes est absolument la même.

Conclusion générale.

1° En ce qui concerne la coloration :

C'est un phénomène purement chimique, qui se produit dans le tissu tout formé : c'est un fait de teinture.

2° En ce qui concerne la circulation du sang :

Le système capillaire du tissu osseux n'est le siège que d'une *circulation obscure*. Nous indiquons ce fait *comme*

pouvant exister dans d'autres tissus; nous croyons en avoir trouvé, pour le tissu osseux en particulier, une preuve *visible* dans la marche que suit la coloration chez les animaux soumis au régime de la garance.

3° En ce qui concerne la nutrition.

Cet *échange, ce renouvellement, ce tourbillonnement perpétuels* des molécules ne sont point une condition essentielle des tissus vivans, à moins qu'on ne veuille ranger le tissu osseux parmi les tissus morts.

NOTE DU RÉDACTEUR GÉRANT.

Nous avons inséré le travail de MM. Serres et Doyère, contradictoire en très grande partie à celui de M. Flourens, d'après le même principe qui nous a fait insérer par extrait celui de M. le docteur Guérin, contradictoire au travail de M. Bouvier. Quant à présent, les recherches de MM. Serres et Doyère n'ont qu'une valeur purement physiologique. Mais il n'est personne, parmi les médecins instruits, qui ne sente combien les progrès de la physiologie et de l'organogénie des os sont appelés à influer sur l'étude des phénomènes morbides dont ces parties peuvent être le siége. Telle est l'obscurité de la pathologie du système osseux, que l'on ne saurait se priver d'une source quelconque de lumières. Voilà, dans la spécialité de ce journal, le motif de l'attention que nous prêtons à tout ce qui paraît sur la physiologie et l'organogénie des os, et de l'accueil empressé que nous faisons aux travaux sur cette matière.

M. Flourens a pris la parole immédiatement après la communication du travail de MM. Serres et Doyère. Voici comment ses observations sont présentées dans le compte

rendu des séances de l'Académie royale des sciences.

« Le problème dont il s'agit a une partie chimique et une partie physiologique. M. Flourens ne s'est point occupé de la partie chimique. Quant à la partie physiologique, il regarde comme ne pouvant être ébranlé, par des observations qui lui paraissent encore bien incomplètes, les résultats de son travail publié en 1840, savoir :

« 1° Que les os croissent par couches superposées ;

« 2° Qu'à mesure qu'il se forme de nouvelles couches à l'extérieur, des couches anciennes sont résorbées à l'intérieur.

« Et 3° que l'action de la garance rend manifeste cette marche successive des couches osseuses, car les couches colorées par la garance sont d'abord *extérieures*, puis *intermédiaires*, quand de nouvelles couches se sont formées par-dessus les couches colorées ; et puis *internes*, quand les couches anciennes (et qui, lorsque l'expérience a commencé, étaient les internes) ont été résorbées.

« Il y a donc formation continuelle de couches nouvelles ; résorption continuelle de couches anciennes ; en un mot, *mutation continuelle* de la matière. M. Flourens ne la conclut pas seulement des faits rendus manifestes par l'action de la garance ; il la conclut de tous les faits qu'il a réunis dans ses mémoires : Il a vu des os entiers nécrosés et résorbés, il a vu le canal médullaire des os s'agrandir par la résorption des couches internes, etc.

« Ces faits prouvent qu'il y a *mutation continuelle* de la matière pour les os ; d'autres faits que M. Flourens publiera bientôt prouveront qu'il y a aussi *mutation continuelle* de la matière pour les parties molles. »

M. Serres, dans sa réponse que nous avons sous les yeux,

ne nous semble pas avoir contredit ces propositions, pas plus d'ailleurs qu'il n'a réussi à les infirmer dans le travail qui lui est commun avec M. Doyère.

Il nous reste à rétablir un fait en faveur d'un médecin qui s'est acquis des droits dans la question de l'ostéogénie. Ce médecin, que nous ne connaissons que par ses œuvres, M. Ribes, est dans l'un ou l'autre de ces deux cas : ou il tient peu aux titres scientifiques qu'il s'est créés, ou il n'a pas eu connaissance des récens travaux de M. Flourens. Voici comment, en 1817, dans un mémoire inséré dans les *mémoires de la Société médicale d'émulation*, sous ce titre : *Exposé sommaire de quelques recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques, faites par F. Ribes,* voici, disons-nous, comment ce médecin s'exprime sur la question de la formation et de la résorption des couches osseuses ;

« Les os eux-mêmes ne sont pas à l'abri de cette dissolution ; ils sont soumis à l'action des absorbans. L'expérience nous apprend que les os croissent par des couches qui s'appliquent à leur extérieur ; mais ils se détruisent ou se dissolvent par leur intérieur, c'est-à-dire par la cavité médullaire. En effet, les animaux nourris, pendant un certain temps, alternativement avec de la garance et avec des alimens ordinaires, ont leurs os formés par des couches qui sont alternativement rouges et blanches. La couche formée la première est plus ou moins près de la cavité médullaire, et la dernière répond vers la face externe du cylindre osseux : ainsi on voit ces couches se porter de l'extérieur de l'os vers la cavité médullaire où elles disparaissent. »

Cette citation, qui reporte à vingt-cinq ans le fait le plus important du travail de M. Flourens, diminuera peu, toutefois, l'honneur qui revient au savant secrétaire per-

pétuel. Une formule existait sans doute, mais faute de développemens, elle n'avait pas frappé le public compétent, et n'était pas restée. M. Flourens, par des expériences admirablement précises, et rendues avec cette élégante précision qu'une presse mensongère ne conteste plus, aura solidement établi une grande vérité jusqu'alors non avenue.

DU STRABISME,

Par A. Velpeau.

Les personnes affectées de strabisme ou qui *louchent* n'avaient obtenu de la médecine jusqu'à ces derniers temps que des ressources fort incertaines pour remédier à leur difformité. Dans quelques cas cette difformité s'éteignait à la longue, par les progrès de l'âge. On en triomphait dans quelques autres à l'aide de lunettes dont le verre n'offrait qu'une sorte de prunelle transparente, dans le sens où l'on voulait que l'œil se dirigeât. Des verres opaques du côté du nez pour le strabisme interne, du côté de la tempe pour le strabisme externe, ont permis d'invoquer aussi quelques succès. Il en a été de même d'une meilleure direction donnée à l'axe des yeux, soit par une position forcée, soit par l'acte seul de la volonté des malades pendant le séjour au lit ou les actions les plus habituelles de la vie sociale. Mais les guérisons survenues de la sorte n'ont jamais été qu'exceptionnelles, et la déviation des yeux se maintenait malgré l'emploi le plus prolongé des moyens connus, chez presque tous les strabiques.

Aujourd'hui l'humanité n'en est plus là. La chirurgie permet maintenant de remédier au strabisme, comme à la cata-

racte, comme à la fistule lacrymale, à l'aide d'une opération peu dangereuse et assez facile. Cette opération dont le dix-neuvième siècle devra s'honorer, qui a vivement remué le monde chirurgical et même le public tout entier, consiste dans la section du muscle ou des muscles qui donnent à l'œil une direction vicieuse.

Envisageant la question sous le point de vue purement pratique, je renvoie pour ce qui concerne les espèces, les causes, le mécanisme et le traitement ancien du strabisme, aux mémoires de MM. Verhaeghe (*Sur le strabisme*, Bruges, 1841), Fl. Cunier (*Myot. appliq. au strab.*, etc., Bruxelles, 1841), Dufresse (*Strab. et bégaiem.* 1841), où ces divers points ont été assez largement exposés, et surtout à l'ouvrage de M. Bonnet (*Sections tend. et muscul.* etc., Lyon, 1841), ainsi qu'un travail de M. Boinet (*Journal médico-chirurgical*, janvier, février, mars 1842).

ARTICLE Ier.

HISTORIQUE.

Personne ne conteste, ne pourra contester que la division des muscles de l'œil dans le but de remédier au strabisme soit une invention moderne. Il est juste cependant d'accorder une mention spéciale à quelques chirurgiens du siècle dernier. En effet, l'opération du strabisme a positivement été indiquée, et selon toute apparence même pratiquée plusieurs fois, par plusieurs personnes avant ces derniers temps. Tout indique, par exemple, que le fameux charlatan Taylor y avait recours, s'en servait fréquemment. On trouve la preuve de ce que j'avance dans la chirurgie de Hewermann qui dit : « Taylor a prétendu guérir le strabisme par *la section du tendon de l'oblique*

supérieur. D'un autre côté on trouve dans le recueil des travaux de la société académique de Rouen une observation ainsi conçue, et qui ne peut s'appliquer qu'à Taylor : « Avec une aiguille enfilée d'un fil de soie, le charlatan traversait la conjonctive, dit Lecat, *et divisait d'un coup de ciseaux* le pli de la membrane formée par l'anse de fil; on couvrait l'œil sain d'un emplâtre, *l'œil louche se redressait* et l'on criait au miracle. Interrogé sur le but qu'il se proposait dans cette opération, le charlatan T.... répondit que le strabisme ne provient que de *l'inégalité des muscles* et qu'il suffit pour le guérir *d'en affaiblir un.* »

Je dois à l'obligeance de M. Giraldès une autre note d'où il résulte que Taylor étant venu à Paris se faisait annoncer partout comme guérissant le strabisme à l'aide d'une opération chirurgicale.

« M. le docteur Taylor, oculiste du roi de la Grande-Bretagne, est arrivé depuis peu à l'hôtel de Londres, rue Dauphine, à Paris, où il se propose de rester jusqu'au commencement de juillet, après quoi il partira, disent les rédacteurs, pour se rendre en Espagne. Il nous prie de publier les découvertes qu'il a faites *de redresser les yeux des louches par une opération prompte, presque sans douleur et sans crainte d'aucun accident,* de guérir presque toutes les maladies du sac lacrymal sans opérations, et ôter les cataractes en tout temps et de toute espèce, sans aucun danger. Il guérit aussi les espèces de gouttes sereines, conformément à l'explication qu'il en a donnée dans ses ouvrages, ce qui a été accompagné de tant de succès, qu'on voit tous les jours quantité de personnes chercher auprès de lui soulagement pour ces sortes de maux. »

(*Mercure de France*, année 1737, juin, page 1180.)

Maintenant est-il vrai que ce charlatan célèbre fit réellement disparaître le strabisme, et quels étaient les tissus coupés par lui dans son opération? Son caractère permet de supposer qu'il était homme à ne pas dire toute la vérité aux personnes qui l'entouraient, à ne pas initier les spectateurs au mystère de son remède, et que Lecat n'a pas connu ou deviné tout ce que faisait Taylor. Un fait que rien ne poura détruire, à quelque interprétation qu'on le soumette, c'est que la section d'un muscle de l'œil est formellement indiquée comme susceptible de guérir le strabisme au nom de Taylor dès le milieu du dernier siècle.

M. Cunier (1er suppl. aux *Ann.* d'oculist. p. 258) trouve d'un autre côté, dans la diss. de Verheyden, soutenue en 1767, cette phrase singulière : *Strabones per multos ferro sanatos apud Anglicos vidi.*

Toutefois, complètement oubliée ou repoussée de la pratique, cette opération n'avait plus reparu jusqu'à l'époque où M. Stromeyer l'a décrite, l'a proposée comme chose absolument nouvelle. Il est bien vrai que Sammels de Courtray (Verhaeghe, *Mémoire* sur le strabisme, 1841) prétend l'avoir pratiquée deux fois en 1824 ou 1825, que M. Carron du Villards dit en avoir eu la pensée en 1838, à l'occasion d'un chasseur qu'un grain de plomb enfoncé dans l'orbite guérit d'un strabisme très ancien en détachant la poulie du grand oblique, que, au dire de M. Cunier (1), M. Gensoul, de Lyon, aurait aussi proposé la myotomie des muscles de l'œil avant M. Stromeyer. Mais ce ne sont là que de simples assertions qui, après les passages relatés plus haut, n'ont plus aucune valeur, et le travail de M. Stro-

(1) *Miotom. appliq. au strabisme*, p. 126.

meyer a réellement fixé seul l'attention du public sur ce sujet.

C'est en 1838 que le chirurgien de Hanovre décrivit son opération. Il ne l'avait encore essayée que sur le cadavre, lorsque M. Pauli, chirurgien de Landau, voulut en faire l'application à l'homme vivant, au commencement de 1839 (1). Malheureusement M. Pauli fut arrêté par l'indocilité de la jeune malade et aussi sans doute par l'imperfection du procédé opératoire. Il paraît que M. Florent Cunier vient après M. Pauli, et qu'il a opéré, le 29 octobre 1839, sur l'homme vivant. (2)

Quoique la date des premières opérations de M. Dieffenbach ait été précisée d'une manière assez vague, puisque M. Verhaeghe (p. 41) la rapporte à décembre, tandis que M. Phillips (3) la fait remonter au 26 octobre 1839, il n'en est pas moins parfaitement établi que ce sont les faits du chirurgien de Berlin qui ont été connus les premiers, qui ont éveillé l'attention sur l'opération du strabisme.

Si donc cette opération avait été pratiquée autrefois, s'il est difficile de ne pas en apercevoir les traces dans quelques écrits déjà anciens, il n'en est pas moins juste de reconnaître qu'elle a été définitivement instituée, créée par M. Stromeyer, puis utilement appliquée par M. Dieffenbach. La raison qui a dû tenir si long-temps l'idée d'un pareil remède à l'état d'inaction est d'ailleurs facile à comprendre. Jusqu'aux temps modernes on admettait bien qu'une perturbation dans l'action musculaire était souvent la cause du

(1) Schmidt's Jahrbücher, 1839, vol. 24, n. 3, p. 351, ou Verhaeghe, p. 39.

(2) Supplément, etc., p. 264.

(3) *Strabisme et bégaiement*, p. 8. — *De la Ténotomie sous-cutanée.* Paris, 1841, p. 223.

strabisme, mais pour passer de là à une opération chirurgicale, il fallait une confiance qu'on ne pouvait pas avoir alors dans la section des tendons ou des muscles rétractés.

Avant d'arriver aux muscles de l'œil, il fallait que l'expérience eût montré les avantages de la section des tendons de la jambe, pour remédier au pied-bot; des tendons du jarret, pour remédier à la fausse ankylose; du muscle sterno-mastoïdien, pour remédier au torticolis, etc. Il fallait, en outre, que les praticiens fussent complètement rassurés sur le rétablissement de la continuité, de la puissance des muscles ou des tendons ainsi divisés. Or, ce n'est qu'à partir de 1830, que de pareilles questions ont été franchement agitées, complètement résolues. Dès-lors tout est simple dans l'évolution du reste de la ténotomie. Le talon est relevé vers le mollet, on coupe le tendon d'Achille. Dans le pied-bot varus on s'attaque aux tendons des muscles jambiers. Ce sont les tendons péroniers qu'on divise dans le valgus ; si la jambe est fléchie, on coupe les tendons du jarret ; dans la flexion de l'avant-bras, c'est le tendon du biceps qu'il faut atteindre, et ainsi de suite pour toutes les autres déviations. Puisque dans le strabisme, l'œil est entraîné contre la volonté de la personne dans un sens déterminé, il était naturel de penser que la section du muscle ou du tendon qui produit ce mouvement, remédierait à la difformité. C'est ainsi que dans les sciences d'application, les faits conduisent de l'un à l'autre à la manière des degrés d'une échelle que l'esprit humain tend naturellement à parcourir jusqu'en haut.

Après avoir montré comment l'opération du strabisme s'est introduite dans la pratique, il faut examiner les diverses manières de l'effectuer, et les résultats qu'elle a produits

ou qu'elle peut produire. Repoussée d'abord par quelques hommes trop prévenus ou trop défians, comme inutile ou comme dangereuse, exagérée, exploitée par quelques autres assez peu dignes de foi, cette opération a été accueillie par le plus grand nombre des médecins; mais comme elle n'a pu encore être jugée par ceux qui n'en connaissent que ce qu'en a dit tel ou tel auteur intéressé, nous croyons faire chose non-seulement agréable à nos lecteurs, mais encore utile en leur donnant l'exposé de l'état de la question. Nous pourrons d'autant mieux peser, apprécier tout ce qui a été écrit sur ce sujet que nous avons fait nous-même un grand nombre de myotomies oculaires. Ayant pris le soin de revoir nos opérés plusieurs fois et plusieurs mois après l'opération, nous dirons ce que nous avons vu et observé, que ce soit à notre avantage ou non.... « Bien décidé que nous sommes à laisser de côté ceux qui ont déshonoré l'art, nous éviterons de parler de ces chirurgiens *extraordinaires* improvisés en quelques jours ou devenus célèbres par la réclame et par le puff. Nous ne dirons rien par conséquent de leurs procédés *infaillibles*, dont les journaux politiques de Paris et des départemens ont annoncé les *succès constans* et sans pareils. Le mode d'exploitation que ces zélés propagateurs du charlatanisme ont cru devoir adopter, nous dispense de toutes réflexions à leur égard. » (Boinet, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1842, page 1.)

Les méthodes opératoires imaginées jusqu'ici pour remédier au strabisme se réduisent à deux : l'une, celle que M. Stromeyer a créée, et qui comporte un grand nombre de procédés divers; l'autre, qui appartient à M. d'Ammon ou à M. Guérin, et qui n'a guère été suivie jusqu'ici que par ses inventeurs.

ARTICLE II.

NOTIONS ANATOMIQUES.

Comme il serait impossible d'apprécier convenablement la valeur respective des deux méthodes dont je viens de parler, ou des procédés qui s'y rapportent, sans tenir compte des tissus qui remplissent l'orbite, il faut, avant tout, dire un mot de la conjonctive, du globe oculaire, des muscles de l'œil et du tissu cellulo-fibreux qui forme une gaîne plus ou moins complète à chacun de ces organes.

Avant qu'on parlât du strabisme, les chirurgiens s'étaient à peine occupés des aponévroses de l'orbite. Depuis, au contraire, que la myotomie oculaire est mise en pratique, des recherches nombreuses ont été entreprises à ce sujet. Des toiles, des gaînes de forme, de densité, d'épaisseur, en nombres et à formes variés, ont été décrites avec un soin, des détails qui semblent ne plus rien laisser à désirer.

Ainsi qu'il arrive presque toujours lorsqu'un objet qui vient d'éveiller l'attention semble acquérir de l'importance, tout a d'abord semblé nouveau à cette occasion. L'histoire apprend néanmoins que divers auteurs anciens avaient aperçu ce qui existe de fibro-celluleux dans l'orbite. Galien connaissait les toiles ou les enveloppes cellulaires des muscles de l'œil; il est certain du moins que Zinn les a décrites avec quelque soin dans le dernier siècle, après Colomb, Casserius, Rioson (Hélie, *Thèse,* Paris 1841). C'est à Tenon cependant qu'on doit le premier article étendu qui ait été consacré aux aponévroses de l'œil (1). Depuis le Mémoire de ce dernier anatomiste, Mémoire lu à l'Académie des sciences,

(1) *Mémoire sur l'anatomie, la pathologie et la chirurgie*, etc. Paris, 1806, t. I. p. 193.

le 29 fructidor an XIII, les ouvrages classiques en avaient si peu tenu compte, et le silence, soit des chirurgiens, soit des anatomistes, avait été si complet là-dessus, qu'il n'en était plus question du tout en 1839, malgré l'essai de M. G. Briggs, publié en 1835 (Boinet, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1842, p. 9).

La question du strabisme devait naturellement ramener les idées sur ce sujet. Aussi, a-t-on vu M. Lucas, de Londres (1), M. Bonnet, de Lyon (2), M. Guérin (3), M. Dufresse (4), M. Hélie (5), M. Boinet reprendre la question dans tous ses élémens et donner chacun une description nouvelle des aponévroses de l'orbite.

Au lieu de trouver étrange que des toiles aussi multipliées ne fussent plus mentionnées par les anotomistes, les auteurs que je viens de nommer auraient dû comprendre que l'état antérieur de la chirurgie, en ce qui concerne l'orbite, ne permettait pas qu'il en fût autrement. En effet, les lamelles, les gaînes dont il va être question n'offrent qu'un médiocre intérêt, eu égard aux opérations qui se pratiquaient, soit sur l'œil, soit dans la cavité orbitaire, non plus qu'aux maladies diverses susceptibles de s'établir là. Rien donc ne portait à tenir sérieusement compte des recherches de Zinn ou de Tenon. S'il n'en est plus de même aujourd'hui, c'est que la section des muscles de l'œil rend indispensable la connaissance des étuis fibro-celluleux qui les entoure, des lamelles diverses qui les unissent ou les séparent.

(1) *Du strabisme*; Londres, 1840.

(2) *Des sections tendineuses*, etc., Lyon, 1841, p. 1.

(3) *Gazette médicale*. 1842, p. 12. 97.

(4) Brochure citée, p. 32, 40.

(5) *Thèse*, Paris, 1841.

Toutefois, le mécanisme et la distribution de toutes les parties contenues dans l'orbite n'ont rien que de très simple et n'offrent point cette complication dont quelques modernes se sont plus à l'entourer.

§ 1er. *Muscles de l'orbite.*

Des sept muscles contenus dans l'orbite, il n'y en a que six, comme on sait, qui servent au mouvement de l'œil, qui puissent jouer un certain rôle dans la question du strabisme. Tous, insérés au fond de la cavité osseuse où ils se confondent avec le périoste autour du trou optique et sur l'un des bords de la fente sphénoïdale, se terminent, en avant, par un véritable tendon rubané sur la sclérotique, qu'ils concourent à former. Quatre d'entre eux, les quatre muscles droits, arrivent jusqu'à cinq ou six millimètres de la cornée par leur surface libre; mais leur face profonde s'arrête à trois ou quatre millimètres en arrière, de sorte que cette extrémité semble être un peu recourbée, épaissie à la manière d'une sangsue qui se colle à la peau par son extrémité postérieure. Le muscle grand oblique vient s'engager derrière la paupière supérieure en dedans du trou sus-orbitaire dans un anneau fibro-cartilagineux avant de se porter d'avant en arrière, de dedans en dehors sous le muscle élévateur de la paupière, afin de se fixer à la partie postérieure et supérieure du globe de l'œil. Le petit oblique se porte du côté externe du canal nasal en dehors, en arrière et en haut, entre le plancher de l'orbite et le muscle droit inférieur pour se terminer à la partie externe et postérieure de la sclérotique.

Cette distribution des muscles fait que :

1° Les quatre muscles droits, trop courts ou trop contractés, tendent à raccourcir les diamètres transverse et ver-

tical de la sclérotique, en même temps qu'à faire proéminer la cornée, d'où une cause de myopie, d'où l'idée de diviser ces muscles, pour allonger le champ de la vision;

2° En se contractant seul ou avec prépondérance, le petit oblique tourne l'œil en dehors et en haut, ce qui lui fait jouer un certain rôle dans la production ou le maintien du strabisme externe;

3° Le grand oblique porte l'œil en dedans et en bas; d'autres fois, il vient plutôt au secours du muscle droit externe et du petit oblique dans le strabisme externe.

4° Par leur rétraction simultanée les deux muscles obliques tirent le globe de l'œil en avant. Devenant de la sorte antagoniste des quatre muscles droits, ils peuvent aussi faire bomber la cornée et produire la myopie; d'où l'idée de leur division pour remédier à cette difformité.

§ 2. *Globe de l'œil.*

Rien dans la configuration du globe oculaire ne mérite une grande attention relativement au strabisme; seulement il faut remarquer 1° que le nerf optique inséré en dedans de l'axe antéro-postérieur de la sclérotique, est sensiblement moins éloigné de la cornée en dedans qu'en dehors; d'où une des raisons *peut-être* qui rendent le strabisme interne si fréquent comparativement au strabisme externe; 2° Cet organe étant composé d'une coque fibreuse, presque inerte, très peu sensible, excessivement difficile à enflammer, de plusieurs millimètres d'épaisseur, permet d'agir avec les instrumens sur sa surface externe avec la plus entière liberté et sans courir de risque sérieux.

§ 3. *Nerfs.*

Parmi les nerfs de l'orbite, il n'y a que la sixième paire et

la troisième qui méritent véritablement d'être rappelées ici. La connaissance du nerf pathétique, du nerf de Willis, des nerfs ciliaires, n'a rien de spécial dans la question du strabisme. Quant au nerf optique, il faut seulement se rappeler qu'il représente l'axe de l'orbite derrière l'œil pour ne pas s'exposer à le diviser, comme il est arrivé à un orthopédiste de Paris, dans l'opération du strabisme. Le nerf de la sixième paire ne fournissant qu'au seul muscle droit externe, amènerait un strabisme interne s'il venait à se paralyser. Le malade alors pourrait tourner l'œil en haut, en bas, en dedans et n'arriverait point, même l'autre œil étant fermé, à tourner la pupille du côté de la tempe.

Les autres muscles de l'œil étant alimentés par le nerf de la troisième paire, expliquent comment une maladie de ce nerf est bientôt suivie d'un strabisme exerne. Ici l'œil, fixé en dehors, ne peut se mouvoir ni en dedans ,ni en haut, ni en bas, et le strabisme se complique souvent d'un abaissement plus ou moins marqué de la paupière supérieure.

Du reste, comme tous ces nerfs sont propres aux muscles, comme ceux du globe de l'œil viennent d'une autre source, on conçoit que l'opération du strabisme ne doive amener aucune perturbation nerveuse dans les fonctions oculaires.

§ 4. *Vaisseaux.*

Tous les vaisseaux de l'orbite offrent d'autant plus de volume qu'ils sont plus *éloignés* du globe de l'œil; les *artères* partant toutes du tronc de l'ophthalmique, situées en arrière, autour du nerf optique, sont si petites en arrivant au voisinage de la conjonctive ou de l'extrémité antérieure des muscles, que leur section, à l'endroit où les instrumens doivent porter dans l'opération du strabisme, n'expose à aucune hé-

morrhagie grave, n'est généralement suivie que d'un écoulement de sang très léger. En le supposant vrai, le cas d'hémorrhagie mortelle, cité en Angleterre à l'occasion d'une myotomie oculaire, ne s'explique donc que par une tendance hémorrhagique individuelle tout exceptionnelle.

Les grosses *veines* qui de l'angle interne de l'œil, des paupières et de la racine du nez, vont dans le crâne en longeant la paroi interne de l'orbite, exigent néanmoins qu'on évite de porter les instrumens de ce côté sans nécessité, et qu'on ne se rapproche pas trop de l'os ethmoïde dans l'opération qui a pour but de remédier au strabisme convergent.

§ 5. *Aponévroses.*

Les nerfs, les vaisseaux, les muscles, l'œil lui-même, comme la conjonctive et les couches superposées des paupières, sont tous enveloppés, tapissés de lamelles, de couches étrangères à leur propre structure. Ces tissus qu'on désigne vaguement sous le titre de *tissu cellulo-graisseux* de l'orbite, offrent une disposition en apparence très compliquée et pourtant très simple en réalité. Pour bien en comprendre l'arrangement, il faut admettre, comme j'ai essayé de l'établir dans mon *Anatomie chirurgicale* (2e et 3e édit.) : 1° Que le tissu fibreux n'est qu'une transformation du tissu cellulaire ; 2° que toutes les parties membraneuses et fasciculées se forment en place et non de proche en proche, comme il semble qu'une foule d'auteurs l'admettent encore, d'après le langage figuré de Bichat ; 3° que tous les organes mobiles de l'économie sont *coiffés*, enveloppés ou tapissés d'une couche soit celluleuse, soit fibreuse, soit fibro-celluleuse ; 4° enfin, que l'intervalle de toutes les parties ainsi engaînées ou tapissées,

est rempli de pelotons graisseux, de tissu cellulaire, lamelleux ou filamenteux.

C'est d'après une de ces grandes lois de l'organisme que tous les vaisseaux et tous les nerfs présentent une sorte de gaîne celluleuse plus ou moins dense outre leur tunique propre; qu'il n'y a pas de muscle ni de tendon qui ne soit entouré ou tapissé soit d'un étui, soit de plaques tantôt purement fibreuses, tantôt simplement celluleuses, tantôt cellulo-fibreuses; qu'il en est de même de tous les viscères glanduleux ou autres, de tous les organes contenus dans les cavités splanchniques, dans la bouche ou dans l'orbite.

Supposant donc que, rempli d'abord d'une simple *éponge* organique, l'orbite ait vu s'établir sur place et dans sa cavité, l'œil, les muscles, les nerfs et les vaisseaux, on comprend qu'il a dû se former une poche celluleuse un peu dense moulée sur l'œil et le nerf optique, un étui légèrement aplati de même nature pour chacun des quatre muscles droits, pour les deux muscles obliques, pour le muscle élévateur de la paupière, pour chacun des nerfs et des vaisseaux. La face interne de la conjonctive, comme la face profonde du ligament palpébral a également dû se doubler d'une couche semblable.

Les mouvemens multipliés de glissement, de renversement, d'écartement, de rotation auxquels ces diverses parties sont destinées, sont obligées, pour l'accomplissement des fonctions de l'œil, explique comment il se fait que toutes ces lamelles vont en s'isolant de plus en plus et s'endurcissent à la longue, de manière à revêtir tantôt les caractères du véritable tissu fibreux, tantôt l'aspect de simples lamelles celluleuses plus ou moins condensées. On voit ainsi pourquoi les prétendues aponévroses de l'orbite sont bien plus

celluleuses que fibreuses dans le jeune âge et plutôt fibreuses que celluleuses à partir de l'âge adulte.

Envisagées de cette façon, les aponévroses de l'orbite sont aisées à suivre par la dissection de même que par la pensée; on peut dire qu'il y en a une pour l'œil, une pour les muscles, une pour l'orbite, une pour la conjonctive, sans parler de celles qui appartiennent aux nerfs et aux vaisseaux.

A. *Aponévrose de l'œil.*

L'*aponévrose de l'œil* prise au voisinage de la cornée représente une simple doublure celluleuse un peu dense qui enveloppe toute la sclérotique et la totalité du nerf optique. Elle se continue en avant avec l'aponévrose de la conjonctive, et, en arrière, avec le feuillet interne des gaînes affectées aux muscles. Elle est interrompue comme par autant de trous vis-à-vis de l'insertion des muscles obliques et droits. Du reste elle conserve une mobilité assez grande au moyen du tissu cellulaire très fin de sa face interne, pour qu'il soit possible de la détacher de l'œil à la manière d'une bourse soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière.

B. *Aponévrose de la conjonctive.*

L'*aponévrose de la conjonctive* n'est également qu'une doublure, une lamelle de tissu cellulaire dense qui fortifie cette membrane, comme le fascia-propria fortifie la face adhérente des membranes séreuses. Partant du pourtour de la cornée où elle se continue à angle très aigu, avec l'aponévrose de l'œil, elle se porte en arrière jusque sur la crête conjonctivale qui correspond à la rainure oculo-palpébrale. Elle se réfléchit alors d'arrière en avant pour suivre la conjonctive palpébrale et venir contracter des adhérences avec

le bord convexe du cartilage tarse, ou bien se perdre entre ce cartilage et la conjonctive, sur les glandules de Meïbomius.

C. *Aponévrose de l'orbite.*

Une autre lamelle qui semble se continuer avec la précédente ou n'en être que l'épanouissement supérieur, remonte vers la base de l'orbite comme pour tapisser la face postérieure du ligament palpébral et se recourber d'avant en arrière afin de servir de couche interne au périoste qu'elle tapisse dans toute son étendue, de manière à transformer l'orbite en une cavité complètement fermée en avant et en arrière, où l'aponévrose dont je parle se continue avec celle des muscles.

D. *Aponévrose des muscles.*

Les étuis fibreux au plutôt celluleux un peu denses et lamellés du système musculaire de l'orbite sont représentés par de petites gaînes inégales, aplaties, adhérentes aux muscles et qui se continuent toutes entre elles sous forme de membranes étalées d'un muscle à l'autre. Toutes ces gaînes, formées d'une lame supérieure et d'une lame inférieure arrivent à la sclérotique, se continuent avec l'aponévrose de l'œil qui vient se joindre à l'aponévrose de la conjonctive en avant, avec l'aponévrose du même organe qui se porte en arrière vers le nerf optique; celle des muscles obliques se perd également dans l'aponévrose de l'œil. Il en résulte, comme l'a vu M. Guérin (*Gazette médicale,* 1842, pag. 84), une espèce de loge, due à l'épanouissement en entonnoir de chacune de ces gaînes pour l'insertion de chaque tendon des muscles indiqués.

Quant à la gaîne du muscle élévateur de la paupière su-

périeure, elle vient se confondre en avant, par en haut et par en bas, avec l'aponévrose palpébrale plutôt qu'avec l'aponévrose de la conjonctive.

Il résulte de là que les muscles obliques semblent avoir labouré les toiles aponévrotiques qui vont d'un bord à l'autre des muscles droits, et emprunté à ces derniers une partie de leur propre gaîne dans leur point de contact ou de croisement.

Sur tout le blanc de l'œil, l'aponévrose de la conjonctive, e ste en contact, quand on regarde en avant, avec la portion antérieure de l'aponévrose oculaire et une certaine étendue de l'aponévrose musculaire. Mais selon que l'œil se tourne plus ou moins dans un sens ou dans l'autre, ce contact diminue, disparaît même tout-à-fait d'un côté, pendant qu'il augmente d'autant du côté opposé. Entre l'aponévrose de l'œil et les muscles droits, il n'y a, en arrière, que de la graisse, des filamens celluleux, des vaisseaux et des nerfs. Il en est de même entre les muscles obliques et les muscles droits, entre le muscle élévateur et tous les autres, entre tout le système musculaire de l'œil et l'aponévrose de l'orbite.

Nulle part, du reste, le système fibro-celluleux de la cavité orbitaire n'est aussi dense, aussi complet qu'à l'endroit où les tendons des muscles droits abandonnent leur tissu charnu pour l'insérer à la sclérotique sous le cercle oculo-palpébral de la conjonctive, qui semble être retenue là par l'ouverture d'une grande bourse analogue à celle qui fixe le cul-de-sac péritonéal du petit bassin aux aponévroses du périnée ou de la prostate.

ARTICLE III.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

La disposition anatomique de l'œil et de ses annexes étant

établie, il sera facile de se rendre compte des méthodes, des procédés opératoires imaginés pour remédier au strabisme, et de prévoir l'importance relative des diverses modifications introduites dans la chirurgie, sous ce rapport.

§ 1. *Méthode de Stromeyer.*

La première de ces méthodes est ainsi décrite par le chirurgien de Hanovre :

« D'après des expériences faites sur le cadavre, je puis, dit M. Stromeyer, recommander le procédé suivant dans le cas de strabisme convergent de nature spasmodique. On couvre l'œil sain, et l'on recommande au malade de porter l'œil louche aussi loin que possible en dehors. L'opérateur implante alors dans la conjonctive vers la limite interne du bulbe un petit crochet double qu'il remet aussitôt à un aide pour tenir l'œil en dehors. Armé d'une pince, le chirurgien soulève ensuite la conjonctive et y fait une section verticale avec la pointe d'un couteau à cataracte, de manière à ouvrir l'orbite au côté interne du bulbe. En ce moment l'aide tire le globe oculaire encore plus en dehors, ce qui fait paraître aussitôt le muscle droit interne. Ayant glissé une petite sonde au-dessous de ce muscle, on le coupe avec des ciseaux courbes ou avec le même couteau qui a servi à faire la section de la conjonctive.

« L'opération achevée, on fait des fomentations froides, et l'on donne une dose d'opium. On devrait plus tard tenir l'œil sain fermé pendant un certain temps, afin que les mouvemens de l'œil opéré se rétablissent par l'exercice. »

J'ai déjà laissé entrevoir que les propositions de M. Stromeyer formaient la base de presque tous les procédés mis en pratique jusqu'à présent pour remédier au strabisme. On

va voir en effet, que la description de ce praticien peut être considérée comme le tronc sur lequel les autres se seraient en quelque sorte bornés à implanter quelques branches.

On fait fermer l'œil sain, dit M. Stromeyer, et on recommande de porter l'œil malade le plus possible en dehors de la direction vicieuse qu'il occupe ; si le strabisme a lieu en dedans, on enfonce dans le côté interne de la conjonctive oculaire une érigne fine que l'on confie à un aide intelligent, qui s'en sert pour tirer l'œil en dehors. La conjonctive ayant été soulevée à l'aide d'une pince du côté du nez, on la divise au moyen d'un couteau à cataracte par une incision dans l'angle interne de l'œil. Les tractions en dehors sont augmentées jusqu'à ce qu'apparaisse le muscle droit interne. Un stylet fin est glissé sous ce dernier qu'on divise à l'aide de ciseaux courbes, ou bien avec le couteau qui a servi à inciser la conjonctive. Après l'opération on prescrit des fomentations froides et une potion opiacée ; l'œil sain est tenu fermé pendant quelque temps, afin que l'exercice puisse rétablir le mouvement normal de l'œil opéré.

M. Stromeyer n'ayant effectué ce procédé que sur le cadavre, n'est entré dans aucun détail relativement à la position des aides, au moyen d'écarter les paupières. Mais il est évident que de tels accessoires, communs à d'autres opérations qui se pratiquent journellement sur les yeux, sont généralement sous-entendus par les chirurgiens proprement dits, et ne peuvent pas changer la nature d'une méthode opératoire. Il serait donc injuste d'enlever à l'auteur le mérite de son invention par cela seul qu'on aurait complété sa description en l'appliquant à l'homme vivant.

A. *Procédé de Dieffenbach.*

M. Verhæghe, un des premiers strabiques opérés par

M. Dieffenbach, avoue que, dans son premier essai, en décembre 1839, le chirurgien de Berlin, qui se conforma de tous points aux indications de M. Stromeyer, rencontra beaucoup de difficultés, tant pour mettre le muscle droit interne à nu que pour le saisir. L'opération eut cependant un plein succès. Le procédé adopté depuis par M. Dieffenbach est ainsi présenté par le médecin belge (Verhaeghe, *Mémoire sur le strabisme*, etc., Bruges, 1841, page 41):

L'appareil se compose d'un élévateur de Pellier, d'un crochet double, mousse, supporté par une tige mince, pour abaisser la paupière inférieure, de deux petits crochets aigus, pour harponner la conjonctive, de ciseaux courbes sur le plat, pour l'incision de cette membrane, d'un crochet mousse pour glisser au-dessous du muscle, que l'on coupe avec les ciseaux courbes, enfin d'un petit crochet aigu double réservé par l'opérateur pour les cas où l'œil se tourne convulsivement en dedans, au point de provoquer la déchirure de la conjonctive. On implante alors le crochet dans la sclérotique, afin d'être maître de l'œil: une éponge et de l'eau fraîche complètent l'appareil.

Deux aides suffisent à la rigueur, chez les adultes. Quand il s'agit d'un enfant ou d'une personne indocile, il en faut plus, mais ils peuvent être étrangers à l'art.

Le malade est placé, comme dans l'opération de la cataracte, sur une chaise vis-à-vis d'une fenêtre bien éclairée; l'opérateur s'assied sur une chaise un peu plus élevée, en avant et un peu de côté pour ne pas se cacher la lumière. Un des aides, situé en arrière, fixe la tête du malade contre sa poitrine. Le chirurgien place l'élévateur de Pellier sous la paupière supérieure et le donne à l'aide dont il vient d'être question. L'abaisseur de la paupière inférieure est tenu par

un autre aide placé en avant et qui surveille en même temps les mains du malade. On recommande à celui-ci de porter l'œil au-dehors pendant qu'on ferme l'autre. Le petit crochet aigu est implanté dans la conjonctive près de la caroncule lacrymale; le chirurgien implante son second crochet dans la conjonctive près de la cornée et le tient lui-même de la main gauche. Pendant que la conjonctive est ainsi soulevée en forme de pli, l'opérateur armé des ciseaux courbes, y fait une section et divise ainsi à petits coups les autres tissus jusqu'à ce que le muscle soit à nu.

Il dépose alors les ciseaux et prend le crochet mousse, qu'il glisse entre la sclérotique et le muscle, pour finir l'opération. Il ne s'agit plus que de couper celui-ci sur le crochet mousse, ce qui se fait avec les ciseaux qui ont déjà été employés.

On fait ensuite quelques lotions d'eau froide pour enlever le sang et on engage le malade à ouvrir les deux yeux, pour voir s'ils sont convenablement redressés.

Si l'on en croit M. Verhaeghe (page 59), le procédé Dieffenbach différerait essentiellement de celui de Stromeyer. Mais en y regardant avec quelque attention, on reconnaît bientôt qu'il n'y a que de faibles nuances entre ces deux opérations. Comme Stromeyer, Dieffenbach ferme l'œil sain et fait porter l'œil louche en dehors, accroche la conjonctive avec une érigne et divise le muscle soit avec un petit couteau, soit avec des ciseaux, après l'avoir isolé au moyen d'un stylet ou d'un crochet mousse. La seule différence qui mérite d'être notée, c'est que, au lieu de saisir pour la tendre, la conjonctive près de la caroncule lacrymale avec une pince, comme M. Stromeyer, M. Diffenbach emploie une seconde érigne. Quant à l'écartement des paupières, il est clair que ce ne

peut pas être là un temps de l'opération, une invention dans le manuel opératoire.

B. *Procédé de M. Cunier.* (1)

En Belgique, presque tous les chirurgiens s'en sont tenus au manuel opératoire décrit par M. Stromeyer. Cependant M. Cunier, qui, l'un des premiers, si ce n'est le premier, a pratiqué l'opération du strabisme, a modifié sur plusieurs points cette opération. Comme Stromeyer et comme Dieffenbach, il couvre l'œil sain, fait asseoir le malade au devant duquel il s'assied lui-même, fait soulever l'une des paupières avec l'élévateur de Pellier où le spéculum de Lusardi. D'autres fois il place deux crochets mousses, un sur l'extrémité de chaque paupière vers l'angle où l'œil tend à se tourner. Une érigne double est aussitôt enfoncée sur la sclérotique à travers la conjonctive et confiée à un aide qui s'en sert pour tirer l'œil en dehors. Soulevant ensuite la conjonctive, l'opérateur incise cette membrane de haut en bas en forme de demi-lune et dans toute la largeur correspondante au muscle. Le lambeau de la conjonctive étant décollé, M. Cunier glisse la branche boutonnée de petits ciseaux courbés sur le plat au-dessous du muscle qu'il divise d'un seul trait.

Ainsi l'érigne double implantée dans la sclérotique, l'emploi du spéculum de Lusardi, des crochets mousses pour écarter l'angle des paupières, une large incision en demi-lune, une lame de ciseau boutonné en place du crochet pour soulever le muscle à diviser, distinguent en réalité le procédé de M. Cunier, des procédés de M. Dieffenbach et de M. Stromeyer.

(1) *Myotomie appliquée au traitement du strabisme*, etc., Bruxelles, 1841, et *Ann. d'oculiste, juin*, 1840.

Maintenant ce procédé vaut-il mieux que celui des chirurgiens allemands? le respect dû à la vérité m'oblige à répondre que non. Les autres chirurgiens qui ont pratiqué l'opération du strabisme en Belgique, tel que M. Crommelinck, n'ayant manifesté aucune prétention au perfectionnement des méthodes opératoires, je suis dispensé d'examiner ici la manière dont ils s'y sont pris pour redresser les yeux louches. M. Cunier a d'ailleurs laissé ce procédé de côté depuis, pour suivre celui de M. Phillips, auquel il associe l'usage de mon bléphareirgon et la suture de la conjonctive. (1)

Procédés anglais.

Après l'Allemagne, c'est l'Angleterre qui a le plus promptement fait accueil aux opérations proposées pour remédier au strabisme. En Belgique même, où M. Verhaeghe vint donner au commencement de l'année 1841 une sorte de vogue à cette opération, on en aurait encore compté les exemples, que déjà MM. Lucas, Ferrall, Liston et d'autres en annonçaient des centaines. C'est ainsi que M. Guthrie fils en cite pour lui seul trois cent seize exemples, avant le mois d'avril 1841 (*Annales de la chirurgie française*, tome I, page 492), et que MM. Hall, Grant, Eliot, Duffin, avaient publié des brochures instructives sur ce sujet. Ajouterai-je maintenant que presque tous ces praticiens ont opéré chacun par un procédé particulier? Toutefois, comme en Allemagne, comme en Belgique, leurs procédés diffèrent si peu les uns des autres qu'il n'est pas possible de les distinguer, quant au fond, de la méthode de Stromeyer.

(1) *Annal. d'oculist.*, 1er supplém., etc., p. 271.




D. *Procédé de M. Lucas.* (1)

Après avoir fait écarter les paupières et saisi la conjonctive avec une pince, puis incisé cette membrane avec un couteau à cataracte, comme M. Stromeyer, M. Lucas porte par l'incision une érigne double pour accrocher la sclérotique et fixer l'œil. Il glisse aussitôt un stylet ou un crochet mousse sous le muscle, qu'il soulève, pour le diviser avec des ciseaux courbes; de sorte qu'il n'y a rien dans son manuel qu'on ne retrouve dans les indications données par M. Stromeyer ou par M. Dieffenbach.

E. *Procédé de M. Ferrall.*

Le malade étant assis et les paupières convenablement écartées, celle d'en haut par un élévateur, celle d'en bas par les doigts d'un aide, M. Ferrall se sert d'une érigne double, pour accrocher la caroncule, qu'il refoule en dedans.

Ayant ensuite saisi près de la cornée avec des pinces un point de la conjonctive qu'il divise avec de petits ciseaux coudés, il laisse reposer l'œil un instant; faisant écarter les paupières de nouveau, il glisse par la plaie de la conjonctive un petit crochet mousse pour soulever le tendon du muscle, qu'il divise dans un troisième temps, très près de la sclérotique avec les ciseaux angulaires.

L'érigne de M. Ferrall agit évidemment ici comme l'érigne interne de M. Dieffenbach. Plaçant sa pince en dehors, tandis que Stromeyer place la sienne en dedans, M. Ferrall a tout simplement rendu l'opération du chirurgien de Hanovre un peu plus difficile en se bornant à en déplacer deux instru-

(1) ... Cure of strabisme, etc., 1840.

mens. En substituant des ciseaux angulaires aux petits ciseaux ou au petit bistouri déjà usité, soit en Allemagne, soit en Belgique, le chirurgien anglais n'a certainement rendu *l'opération* du strabisme ni plus simple ni plus facile.

F. *Procédé de M. Liston.*

Tenant à n'avoir besoin que d'un seul aide qui est chargé de soulever la paupière supérieure avec les doigts ou avec l'élévateur de Pellier, M. Liston va saisir dans la rainure oculo-palpébrale un pli de la conjonctive avec une pince à ressort et à mors pleins qui, abandonnée à elle-même, abaisse, par son poids, la paupière inférieure. Libre de ces deux mains, le chirurgien procède dès-lors aux autres temps de l'opération par les moyens ordinaires.

Nous verrons bientôt que cette manière de faire est très défectueuse et ne mérite nullement d'être conservée dan la pratique.

Procédés français.

L'opération du strabisme n'a pas moins varié dans son manuel, en France que chez nos voisins d'outre-mer. C'est en juin ou juillet 1840, que les praticiens de notre pays ont tenté de la mettre en pratique. Effectuée d'abord au Havre par M. Huard et quelques autres, au moyen de procédés sur lesquels je ne possède aucune notion, puis à Paris par MM. Guérin (1), Roux (2) et Amussat, à l'aide de méthodes qui ont complètement échoué ou qui n'ont pas été publiées, c'est à Nancy, entre les mains de M. Simonin, que cette opé-

(1) Lettre à l'Académie des sciences, 29 juin 1840.

(2) Communication à l'Institut, 20 juillet.

ration semble avoir obtenu chez nous un succès complet, pour la première fois.

G. *Procédé de M. Simonin.*

Comme M. Dieffenbach, M. Simonin fait asseoir le malade sur une chaise, lui ferme l'œil sain, et fait soulever la paupière au moyen du ténaculum. De même que le chirurgien de Hanovre, il fait tourner l'œil louche en dehors, implante près de la cornée, dans la conjonctive, une érigne qu'il confie à un second aide; comme M. Ferrall, ou M. Lucas, il fait abaisser la paupière inférieure par le doigt d'un aide, et saisit en dedans avec une pince, comme Stromeyer, la conjonctive, qu'il divise de haut en bas, dans l'étendue de 12 millimètres, avec un petit bistouri. Soutenant avec les pinces le lambeau conjonctival ainsi séparé, M. Simonin se sert d'un petit couteau mousse pour décoller cette membrane jusque sur le muscle, au dessous duquel il glisse le crochet mousse, et qu'il coupe avec des ciseaux, près de son aponévrose.

On le voit donc, le chirurgien de Nancy a saisi, de prime abord, ce qu'il y avait de bon dans la méthode opératoire de M. Stromeyer, complétée, régularisée par M. Dieffenbach.

H. *Procédé de M. Roux.*

Après M. Simonin et M. Guérin, c'est M. Roux, je crois, qui pratiqua le premier et publiquement en France l'opération du strabisme. Ce fut à l'Hôtel-Dieu, en juillet 1840. D'après ce que m'en ont dit les témoins oculaires, ce chirurgien suivit de tous points la méthode allemande, avec cette différence seulement que le crochet mousse dont il se servit était cannelé pour servir de guide au petit bistouri chargé de

diviser le muscle. Les deux malades traités de la sorte étant restés louches, M. Roux n'accorda pas une grande confiance à l'opération du strabisme, et ne s'en est pas montré grand partisan depuis.

I. *Procédé de M. Sédillot.*

Peu de jours après moi, M. Sédillot, maintenant professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pratiquant l'opération du strabisme chez un militaire au Val-de-Grâce, s'y prit de la manière suivante : au lieu de l'érigne simple de M. Stromeyer, au lieu de l'érigne double de M. Cunier, M. Sédillot se servit, pour fixer l'œil en dehors, d'une érigne à trois branches, enfoncée dans la sclérotique, et dont les crochets sont renflés à deux millimètres de leur pointe. Saisissant ensuite la conjonctive près de la caroncule avec une pince, comme Stromeyer, il employa pour soulever le muscle une spatule cannelée, comme M. Roux, et des ciseaux pour terminer l'opération, comme MM. Stromeyer et Dieffenbach (1). Le malade est resté louche.

J. *Procédé de M. Phillips.*

Au mois de novembre 1840, il régnait encore parmi les chirurgiens de Paris une grande incertitude sur la valeur de l'opération du strabisme. En regard des succès *constans* annoncés à Berlin, à Saint-Pétersbourg, à Londres même, nous voyions qu'en Belgique beaucoup de praticiens avaient échoué, et que, parmi nous, personne ne pouvait se vanter d'en avoir obtenu des résultats tout-à-fait satisfaisans. Mais un jeune médecin, M. Phillips, qui avait aidé M. Dieffenbach, qui avait lui-même pratiqué bon nombre d'opérations

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1841, 15 septembre.

en Russie, étant venu en France, je m'empressai de le questionner, afin de savoir de lui jusqu'à quel point les louches de Berlin avaient été redressés, et si nos échecs devaient être attribués aux procédés suivis par nous plutôt qu'à l'opération en elle-même.

Voici son procédé :

Un aide placé en arrière soulève la paupière supérieure avec un élévateur à manche ; un second aide se sert d'une double érigne mousse pour abaisser la paupière inférieure. Placé en face et debout, au lieu d'être assis, comme le veut M. Dieffenbach, M. Phillips accroche la conjonctive au moyen d'une petite érigne pour tirer l'œil en dehors ; cette érigne, confiée à un aide, met l'opérateur à même d'en employer une seconde pour accrocher la conjonctive du côté de la caroncule lacrymale, d'où un pli de cette membrane, qu'on divise avec le bistouri entre les deux érignes. Cette plaie est agrandie en haut et en bas avec de petits ciseaux courbes qui servent aussi à compléter la dénudation du muscle.

On glisse alors une petite curette sous ce muscle pour le séparer du globe de l'œil, puis on substitue le crochet mousse à cette curette, pour terminer par la section du muscle soulevé, au moyen des petits ciseaux courbes dont on s'est servi pour agrandir la plaie de la conjonctive.

M. Phillips a conservé en outre l'habitude d'exciser le bout antérieur du muscle divisé, afin d'être plus sûr d'en empêcher le recollement. C'est une précaution adoptée dans le principe, puis abandonnée par M. Dieffenbach. On voit donc que le procédé de M. Phillips n'est en définitive que celui de M. Stromeyer perfectionné par le chirurgien de Berlin. (1)

(1) *De la ténotomie sous-cutanée*, pag. 245.

Témoins de l'innocuité des dissections opérées par M. Phillips, nous devînmes à Paris notablement plus hardis et nous obtînmes dès-lors de l'opération du strabisme les mêmes résultats qu'on en retirait réellement en Allemagne.

K. *Procédé de MM. Amussat et Lucien Boyer.*

Au lieu d'érigne, MM. Amussat et Boyer se servent de pinces dentées pour fixer l'œil et la conjonctive. Un aide maintient ces deux pinces en place, pendant que le chirurgien dissèque la conjonctive avec un bistouri, coupe avec des ciseaux droits le muscle qu'il a décollé et qu'il tient soulevé au moyen d'un crochet à écartement, crochet qui aurait été imaginé, puis rejeté par M. Dieffenbach, au dire de M. Phillips (Phillips, *Du strabisme*, page 27).

L. *Procédé de M. Baudens.*

Un jeune chirurgien militaire, qui avait d'abord essayé l'opération dont il s'agit une première fois sans succès (Phillips, ouvrage cité), l'essaya de nouveau vers la fin de décembre 1840, et crut en quelque sorte l'avoir imaginée, lui, qui arrivait le cinquantième pour montrer qu'elle était praticable! Son procédé ne différant du reste de celui de M. Dieffenbach que par plus de difficultés et une perfection moindre, ne mérite pas d'être noté.

Il ne nous reste en conséquence à mentionner que les modifications dues à M. Dufresse (*Du strabisme et du bégaiement*, Paris, 1841), à M. Boinet (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1842), et à M. Bonnet. M. Dufresse a transformé le crochet mousse qui sert à soulever le muscle en un crochet plat légèrement tranchant. Saisir du même coup entre les mors de la pince la conjonctive et le muscle, couper le tout entre les deux pinces, enlever une



portion des tissus ainsi divisés, sont des précautions qui, comme je le dirai tout-à-l'heure, font essentiellement partie du procédé que je suis depuis le mois de décembre 1840, et que l'auteur m'a empruntées. M. Bonnet fixe l'œil avec des pinces et coupe le muscle avec un petit couteau (*Sect. tend. et muscul.*, etc., p. 97-100).

M. 1er *Procédé de l'auteur.*

M. Guérin n'étant pas satisfait, et M. Amussat n'ayant obtenu aucun succès de sa première tentative, il n'était plus guère question de ces opérations, lorsque m'étant mis à les essayer de mon côté en août et septembre 1840, à l'hôpital de la Charité, je consacrai mes leçons du 11 et du 12 septembre à les discuter, à montrer sur deux malades les avantages du procédé auquel je m'étais arrêté alors et dont il n'a été donné qu'une description incomplète dans la *Gazette des hôpitaux* (17 septembre 1840). Fondé sur une manœuvre qui me parut très simple, et que je n'avais entrevue dans aucun des procédés préalablement décrits, ce procédé s'exécute ainsi :

Assis sur une chaise, ayant les paupières écartées par l'élévateur de Pellier et un triple crochet mousse, le malade est engagé à tourner l'œil dévié autant que possible en dehors ; une petite érigne double, enfoncée jusque dans la sclérotique, comme le veut M. Cunier, est donnée à un aide si on opère sur l'œil gauche, ou tenue par l'opérateur, s'il s'agit de l'œil droit. Avec une autre érigne, de mêmes dimensions mais un peu moins courbe et plus mousse que l'érigne dont on se sert pour exciser les amygdales, je vais chercher le muscle à travers la conjonctive, de manière à le saisir de haut en bas aussi profondément que possible en contournant le globe de l'œil, pour le ramener en avant sous forme

de corde avec la main droite dont j'élève assez fortement le poignet. Arrivé à ce point, un petit couteau courbe, ayant de l'analogie avec une serpette ou un canif, me sert à diviser du même coup toute l'épaisseur de la corde soulevée par le crochet, et qui se trouve composée du muscle rétracté, de son enveloppe fibro-celluleuse et de la conjonctive.

En se comportant de la sorte, l'opération est extrêmement rapide, n'exige aucune espèce de dissection, et ne laisse qu'une très petite ouverture à la conjonctive; aussi les malades furent-ils promptement guéris de leur plaie et à l'abri de toute réaction inflammatoire dans les yeux. Cependant, de dix malades que j'opérai ainsi en septembre, octobre et novembre, il n'y en eut que trois dont les yeux restèrent complètement droits. Chez quatre d'entre eux le strabisme se reproduisit bientôt aussi intense qu'auparavant; un des autres resta beaucoup mieux sans être parfaitement guéri, et l'amélioration des derniers laissait beaucoup à désirer. Nous verrons plus tard la cause de ces insuccès et les modifications que j'ai fait subir à mon procédé.

N. *Procédé de M. Andrieux.*

Pour rendre mon procédé plus simple, M. Andrieux (*Gazette des Hôpitaux*, 1840, p. 448, sept.), proposa de transformer mon érigne en un crochet tranchant, afin de couper les tissus en les soulevant et en les accrochant : un *érigne* double à pointes tranchantes, implantée dans la sclérotique lui sert à fixer l'œil.

Voyant M. Phillips opérer sur le cadavre, je compris aussitôt qu'en l'imitant on pouvait espérer de réussir là où nous avions complètement échoué. En effet, remarquant qu'il divisait la conjonctive et tous les tissus contenus dans

l'orbite sur le tiers au moins de la surface du bulbe de l'œil, je devinai que, chez mes opérés, des lamelles nombreuses détruites par M. Phillips devaient être restées en place. Pour mon compte, je n'eusse jamais osé, de prime abord, dénuder aussi largement la sclérotique, et effectuer une dissection aussi étendue, aussi profonde dans l'orbite.

Par le procédé que j'ai indiquée plus haut, il m'eût été possible sans doute, ainsi que je l'ai souvent fait depuis, d'agir aussi largement; mais je m'en étais gardé avec un soin extrême ; je m'étais surtout attaché à ne trancher la conjonctive et les autres tissus que dans une fort petite étendue. La crainte de voir une inflammation phlegmoneuse s'établir dans l'orbite ne me permettait pas d'aller plus loin, M. Phillips nous ayant affirmé que les suites d'aussi vastes dénudations, d'un délabrement qui m'eût effrayé sur le vivant, étaient extrêmement simples, n'entraînaient aucun accident sérieux, ayant en outre bientôt démontré la vérité de ses assertions en opérant sur les malades, la question prit aussitôt une nouvelle face. (V. *Du bégaiement et du strabisme*. Paris, 1841.)

O. *Procédé actuel de l'auteur*.

Rassuré sur les suites des grandes dénudations du globe de l'œil, par ce que je venais de voir du manuel de MM. Dieffenbach et Phillips, je me hasardai bientôt à modifier mon procédé primitif de la manière suivante :

Le malade, assis sur une chaise, a la tête maintenue par un aide et les paupières écartées par l'un des moyens connus, ou à l'aide d'un bléphareirgon. Debout et en face de l'œil à opérer, je saisis avec une pince à griffe un large pli de la conjonctive et l'*attache du muscle lui-même à la sclérotique* pour fixer l'œil et l'attirer en dehors.

S'il s'agit de *l'œil droit*, je maintiens moi-même cette pince de la main gauche, puis, avec une autre pince plus forte, également armée de griffes, je vais embrasser plus profondément le corps du muscle et la conjonctive, afin de le soulever et de le tendre. Cette dernière pince est aussitôt confiée à un aide. Avec de petits ciseaux à pointe mousse, droits ou très légèrement courbes sur le plat et tenus de la main droite, je divise toute la bride contenue entre les deux pinces.

Si le muscle a été convenablement saisi et embrassé d'abord, l'opération peut être ainsi terminée d'un seul coup. Ordinairement néanmoins, il convient de reporter les ciseaux sur le fond de la première plaie, pour mettre nettement la sclérotique à nu. Il convient en outre de glisser l'une des lames de l'instrument entre la sclérotique et l'aponévrose oculaire pendant que l'autre reste sur la face externe de la conjonctive, afin de détruire toutes les adhérences de l'œil, d'abord par en haut, ensuite par en bas, dans l'étendue d'environ deux centimètres. Tout cela se fait à l'aide de mouvemens de va et vient qui décollent les tissus avant de les diviser et sans abandonner les pinces qui tiennent toujours les deux points opposés de la plaie solidement tendus.

Le bec des ciseaux fermés, glissé en haut et en bas, d'arrière en avant, fait l'office du crochet mousse, permet de s'assurer qu'il existe encore ou qu'il n'existe plus d'adhérences entre le globe de l'œil et les tissus voisins. On voit d'ailleurs à l'aspect lisse, blanc, régulier de la sclérotique, si cette membrane a été convenablement dénudée. Par un dernier coup de ciseaux, je termine ordinairement l'opération en excisant la portion de tissu saisie par la première pince, et

qui est constituée par un lambeau de conjonctive joint au tendon du muscle rétracté.

Remarques. — Variantes du procédé.

Pour plus de sécurité, pour peu que l'on conserve quelques doutes, je glisse le petit crochet mousse à la surface de l'œil sur toute sa moitié interne, afin de montrer qu'aucune adhérence ne persiste de ce côté. Jusque-là le sang coule en si petite quantité que je me dispense généralement de faire laver, d'éponger, de nettoyer l'œil. Ayant lâché les paupières et enlevé les pinces, quelques lavages, une abstersion modérée deviennent au contraire d'un emploi presque inévitable.

Quand j'opère sur *l'œil gauche,* je place la première pince avec la main droite, puis je la confie à un aide. Je tiens moi-même au contraire de la main gauche, la pince qui embrasse et soulève profondément le corps du muscle, pendant qu'avec la main droite armée de ciseaux, je procède à la section des parties et au reste de la manœuvre opératoire.

Tel est le procédé que je mets à-peu-près exclusivement en pratique depuis le mois de décembre 1840, et que j'ai employé plus de deux cents fois.

Les instrumens dont j'ai besoin se réduisent rigoureusement à trois. Le *bléphareirgon* en fil de fer, la pince à griffe et les ciseaux mousses. Dans les cas ordinaires une demi-minute suffit pour l'opération. Ce procédé, d'une extrême simplicité, d'une certitude que je n'ai retrouvée dans aucun autre, offre d'ailleurs toute facilité, toute liberté pour opérer à droite, à gauche, en dedans, en dehors, en haut, en bas, pour diviser les tissus dans un aussi petit espace et

dans une aussi grande étendue qu'on peut le désirer, que les circonstances peuvent l'exiger. L'impuissance que lui attribue M. Boinet (*Du strabisme,* etc. p. 36-40), quand le muscle, couvert de tissu cellulaire, est enfoncé comme chez les enfans, quand le muscle n'est pas coupé d'abord, quand il y a récidive, n'est pas réelle.

Nul doute que l'écartement des paupières ne puisse être opéré par le doigt des aides, par le spéculum de Lusardi, par les divers élévateurs antérieurement connus, par les élévateurs et abaisseurs à manche de MM. Dieffenbach ou autres, par les pinces plates de M. Liston, comme par les dilatateurs du coutelier Charrière et de M. Cunier. Mais le petit instrument imaginé par M. Kelley et dont celui de M. Furnari diffère à peine est sans contredit, tel que je l'ai modifié, ce qu'il y a de plus simple, de plus commode et de plus sûr. Cet instrument en fil de fer élastique se place sans difficulté et tient les paupières parfaitement écartées en occupant si peu de place qu'il laisse au chirurgien toute la liberté désirable pour agir sur l'œil.

A son aide, il est très facile de pratiquer seul l'opération du strabisme, puisque quand il est placé, le chirurgien peut embrasser et soulever la conjonctive et le muscle au moyen d'une bonne pince à griffe, puis couper le cordon isolé de la sorte avec les ciseaux que conduit l'autre main. On l'accuse à tort (Boinet, *Du strabisme,* p. 25) de pouvoir comprimer l'œil, et il ne cause pas plus de douleur que l'élévateur de Pellier? On peut d'ailleurs l'appliquer sur la peau comme sur la conjonctive.

Les *pinces* sont infiniment préférables aux érignes. Celles dont je me sers sont fortes et courtes à-la-fois : elles se terminent par des crochets de deux millimètres de longueur

au nombre de deux pour l'une des branches et d'un seul pour l'autre. Ils sont disposés de manière à s'engrener solidement, et les branches qui les portent restent légèrement écartées en arrière, pour que la pression la plus forte ne puisse pas les ramener au contact, ne puisse pas détruire le croisement de leur bec, ni agir en mâchant sur les tissus qu'elles embrassent.

Avec la première de ces pinces, conduite à la surface de l'œil jusqu'au niveau du point où le tendon de chaque muscle vient se perdre dans la sclérotique, on embrasse après l'avoir ouverte et en pressant un peu brusquement contre le globe de l'œil pendant qu'on la ferme, la conjonctive, l'aponévrose conjonctivale, l'aponévrose musculaire et le tendon lui-même d'une manière certaine. Maître de l'œil par cette manœuvre, on l'attire à soi, on le porte en dehors, en haut, en bas, selon le besoin, sans craindre l'indocilité, les mouvemens involontaires du malade, sans avoir à redouter les déchirures, les lacérations auxquelles les petites érignes, soit simples, soit doubles, soit triples que d'autres praticiens implantent, soit dans la conjonctive seule, soit sur la conjonctive et la sclérotique en même temps, exposent.

La seconde pince, un peu plus forte et plus longue que la précédente, offre d'ailleurs exactement la même forme. Il importe d'en glisser les deux branches écartées dans le fond de la rainure oculo-palpébrale jusqu'au-delà de l'axe transversal de l'œil et en l'inclinant, comme si l'on voulait atteindre le nerf optique; de cette manière, on est sûr, en la fermant, en rasant la sclérotique, d'embrasser le muscle droit dans toute son épaisseur avec les différentes lames muqueuses ou cellulo-fibreuses qui l'enveloppent naturelle-

ment, et cela, en refoulant d'un autre côté la caroncule lacrymale vers la racine du nez.

Ces pinces, qui donnent au reste de la manœuvre opératoire toute la fixité, toute la sécurité possibles, ont encore un avantage incontestable. Avec elles, les tissus sont si bien embrassés, que les vaisseaux qu'on divise se trouvent comprimés d'avance, et que toute la section des tissus s'effectue, pour ainsi dire à sec, que le sang ne coule à proprement parler, que quand on a retiré les pinces, c'est-à-dire quand l'opération est terminée.

J'ajouterai que les extrémités de la bride saisies d'abord par les pinces, peuvent être excisées sans désemparer toutes les fois qu'on le trouve utile. C'est ainsi que l'excision d'une portion du corps du muscle adoptée, puis rejetée par M. Dieffenbach, recommandée depuis par M. Simonin, par M. Phillips, par M. Bonnet, serait extrêmement facile en cas qu'on la jugeât nécessaire. L'enlèvement du pli antérieur de la conjonctive et de la terminaison du muscle à la sclérotique, enlèvement que je pratique presque toujours pour éviter un boursouflement dans ce sens, est rendu par la pince antérieure aussi aisé, bien plus aisé même que si ce lambeau devait être soulevé par une érigne.

Les *ciseaux* que j'emploie ont des lames courtes et des branches longues. J'en ai fait émousser la pointe pour mettre la sclérotique à l'abri de toute lésion sérieuse. Les ciseaux droits m'ont paru préférables aux ciseaux courbes : 1° parce qu'ils coupent mieux ; 2° parce qu'ils sont plus faciles à manier ; 3° parce qu'il n'y a rien de si aisé, en inclinant diversement la main, que de leur faire suivre le plan du globe de l'œil dans les divers temps de l'opération. A leur aide et par des mouvemens de va et vient, soit de haut en bas, soit

d'arrière en avant, soit de bas en haut, on isole ou décolle les feuillets aponévrotiques, les filamens, les feuillets celluleux tout aussi bien qu'avec le crochet mousse.

Avant de m'arrêter à l'emploi de ces instrumens, je me suis livré à de nombreux *essais sur le cadavre* pour m'assurer qu'ils n'exposaient ni à déchirer, ni à couper la coque de l'œil. Pour éviter sûrement cet inconvénient, j'ai fait disposer les crochets de la pince antérieure, de telle sorte qu'ils convergent un peu l'un vers l'autre au lieu d'affecter une direction divergente. Avec cette forme même en le faisant exprès, je n'ai jamais pu pincer la sclérotique proprement dite. Pendant qu'on ferme la pince en pressant sur l'œil, les crochets glissent en râclant, en entraînant tous les tissus mobiles, et se rapprochent, sans être arrêté par la sclérotique. Les ciseaux étant mousses, sont portés de manière à agir en pressant et par un coup sec en les fermant du côté de l'œil sans qu'ils puissent de leur côté atteindre la sclérotique. Il faut au surplus en diriger le sommet comme pour gagner l'entrée du nerf optique en suivant la surface de la coque oculaire. Rien n'empêche en outre, quand on n'est pas sûr de soi de ne pas aller du premier coup jusqu'à la surface interne du muscle et de ne couper les tissus que par degrés, que petit à petit, qu'au fur et à mesure qu'on les voit se dessiner sous les yeux, comme on le ferait avec un bistouri porté d'avant en arrière.

Comme il est plus facile de diviser les brides secondaires de bas en haut que de haut en bas, il suffit de pincer d'abord les tissus plutôt au-dessous qu'au-dessus de l'axe transversal de l'œil, c'est-à-dire un peu plus près de la paupière inférieure que de la paupière supérieure ; en s'y prenant de la sorte, on ouvre la conjonctive et les aponévroses de manière

à ce qu'il ne puisse échapper du muscle que par en haut. On est ainsi parfaitement à l'aise pour glisser la branche profonde des ciseaux de bas en haut entre la sclérotique et la couche fibro-musculaire, afin de diviser le tout jusqu'au voisinage du muscle droit supérieur, si on le trouve nécessaire.

On peut, du reste, quand l'indication s'en présente et en élevant fortement le poignet ou en se plaçant de l'autre côté du malade, couper aussi par en bas, jusqu'auprès du muscle droit inférieur. Des ciseaux courbes sur le bord offriraient peut-être quelques avantages sous ce rapport.

Il y a plus, c'est que, s'il le fallait, on pourrait, sans lâcher les pinces, procéder immédiatement à la section du muscle droit inférieur, du muscle droit supérieur et même du grand oblique.

On peut, en outre, se borner d'abord à une *petite incision* de la bride tendue entre les deux pinces, puis décoller la conjonctive de l'aponévrose et du muscle, soit avec le crochet mousse, soit avec la pointe des ciseaux fermés ; décoller ensuite l'aponévrose oculaire de la sclérotique, et soulever le muscle pour couper tous les tissus fibro-celluleux ou musculaires qui séparent l'œil de la conjonctive, sans agrandir la division de cette dernière membrane. On aurait ainsi une variété de la méthode sous-conjonctivale dont j'aurai à dire un mot plus loin.

Dans quelques circonstances j'ai encore essayé d'autres variantes de ce procédé général. Ainsi la conjonctive et le muscle étant soulevés comme il a été dit, je me suis quelquefois servi d'une sorte de canif ou de petit couteau concave pour couper toute la bride en râclant la surface de l'œil, soit de haut en bas, soit de bas en haut. Dans d'autres cas, après avoir incisé la partie saillante du pli avec

les ciseaux, j'ai employé le même couteau à pointe émoussée pour débrider, pour compléter la division, d'abord par en bas, ensuite par en haut, en donnant un peu moins d'étendue à la plaie de la conjonctive qu'à celle des autres lamelles. On a de la sorte un peu plus de facilité qu'avec les ciseaux pour raser la face interne et inférieure de l'œil, mais il en résulte un peu moins de solidité, de fermeté dans la manœuvre opératoire.

J'ai vu, enfin, qu'en portant une érigne légèrement émoussée profondément dans la rainure oculo-palpébrale pendant que l'œil est fixé par la pince antérieure, on accroche parfaitement le muscle, qu'un aide est dès-lors chargé de maintenir pendant que le chirurgien le divise, soit avec les ciseaux, soit avec le petit bistouri concave, comme je le pratiquais dans mon premier procédé, mais avec la précaution de débrider après coup, beaucoup plus largement que je ne le faisais alors, toutes les dépendances du muscle par en haut et par en bas.

Procédés de M. Guérin.

Sous le titre de *Méthode sous-conjonctivale,* M. Jules Guérin, qui, comme on sait, s'occupe avec fruit du traitement des difformités, a institué deux procédés que je dois mentionner actuellement.

P. *Premier procédé.*

Au mois de juin 1840 et jusque vers la fin d'octobre de la même année, M. Guérin pratiqua cinq fois l'opération du strabisme, en s'y prenant de la manière suivante :

Le malade est étendu sur un lit ou sur une table d'amphithéâtre. Après lui avoir fait écarter les paupières par des aides armés d'instrumens convenables, le chirurgien accro-

che la conjonctive près de la cornée avec une petite érigne, simple ou double, qu'il confie sur-le-champ à un autre aide, chargé ainsi de tirer l'œil en dehors. Saisissant ensuite la conjonctive près de la caroncule, entre les mors d'une large pince, il incise cette membrane, en dissèque un lambeau qu'il écarte en dedans, et met de la sorte le muscle à découvert. Soulevé avec une autre pince, le muscle est aussitôt embrassé et divisé avec des ciseaux courbes et mousses ; on réapplique sur-le-champ le lambeau de conjonctive disséquée, sur la plaie, et l'opération est terminée.

Ce procédé, qui diffère à peine du procédé de M. Ferrall, de M. Liston, ou du procédé de M. Simonin, ne donna que des résultats peu satisfaisans, puisque, par lui, M. Guérin n'obtint que deux guérisons tout au plus sur cinq opérés. On devine, en effet, qu'il doit entraîner les mêmes inconvéniens sans avoir tous les avantages des autres nuances de la méthode Stromeyer. Ce ne peut être, en outre, que par suite d'une préoccupation difficile à comprendre, que l'auteur ait essayé de le ranger dans la catégorie des incisions sous-tégumentaires, car, ainsi qu'on le lui a fait remarquer (Boinet, *Du strabisme*, pag. 39), aucune autre méthode n'exige une plus large dénudation du muscle, une plus vaste incision de la conjonctive que celle-ci.

Q. *Deuxième procédé.*

Tourmenté par le besoin de débrider les tissus sous la conjonctive, d'ailleurs peu satisfait de ses premiers essais, M. Guérin s'y est pris d'une manière toute différente à partir du mois d'octobre 1840 (Lettre à l'Académie des sciences, 26 octobre 1840).

Dans ce procédé nouveau, dont le procédé de M. An-

drieux et le mien, ou celui de M. Lucas, semblent contenir le germe, M. Guérin continue de faire coucher le malade ; il maintient les paupières écartées et l'œil fixé de la même manière, avec les mêmes instrumens que dans le cas précédent. Cela fait, il pratique en dedans ou en dehors selon qu'il s'agit d'un strabisme convergent ou d'un strabisme divergent, une ponction de la conjonctive avec la pointe d'une lancette au-dessous du muscle à diviser. Un petit couteau convexe sur le tranchant, et coudé sur sa tige à angle presque droit sur deux points en forme de Z, est aussitôt porté par cette ponction dans la cavité de l'orbite. On s'en sert en pénétrant d'avant en arrière, et un peu de la circonférence au centre d'abord, puis de bas en haut, d'arrière en avant, et un peu du centre à la circonférence pour décoller de l'œil et l'aponévrose oculaire et le muscle raccourci lui-même. Dans un troisième temps le chirurgien présente le tranchant du petit couteau à la face interne du muscle qu'il presse et divise de dedans en dehors ou du globe de l'œil à la paroi de l'orbite pendant que la conjonctive est tirée en avant et un peu sur le côté, c'est-à-dire dans la direction même du muscle à diviser pour tendre ce dernier et faciliter l'action de l'instrument tranchant.

Un petit craquement, le sentiment d'une résistance vaincue, un petit mouvement de l'œil qui semble céder à la traction exercée sur lui, annoncent, dit l'auteur, que la section du muscle est effectuée. On retire alors le petit couteau par la piqûre de la conjonctive et l'opération est terminée sans laisser de plaie apparente entre les paupières (*Gaz. méd.* 1842, p. 148).

Art. 4. *Valeur comparative des méthodes opératoires.*

Sous le titre de méthodes on ne peut opposer ici que la

méthode usuelle, la méthode par dissection, ou de Stromeyer, et la méthode sous-conjonctivale.

Méthode sous-conjonctivale.

Disons d'abord un mot de cette dernière. Matériellement, je l'ai déjà dit, elle diffère peu du procédé de M. Lucas. L'intention de l'auteur en imaginant le nom de méthode sous-conjonctivale ne m'a pas semblé répondre à un besoin réel. Son but, en effet, paraît être de mettre à l'abri de toute inflammation, de toute suppuration, les parties qu'il faut diviser pour remédier au strabisme, et cela en opérant de manière à ne point laisser l'air se mettre en contact avec la surface traumatique. Or, il est maintenant démontré que l'opération du strabisme par les procédés ordinaires ne provoque aucune inflammation redoutable : elle n'est pas suivie non plus de suppuration sérieuse. En second lieu, l'inflammation, la suppuration, quand elles surviennent, ne doivent être ici le sujet d'aucune inquiétude véritable. On se tromperait enfin, si l'on s'imaginait que par cette méthode l'air ne pénètre pas dans la caverne créée, labourée par le petit couteau chargé de diviser les organes rétractés.

Pour ce qui concerne les suites de la méthode sous-conjonctivale, il faut bien convenir, en outre, que, si elle ne laisse point de plaie, elle entraîne par contre une infiltration de sang quelquefois assez considérable pour qu'il en résulte un boursouflement ecchymotique très prononcé de toute la conjonctive et parfois même de toute l'épaisseur des paupières.

On ne peut pas se dissimuler enfin que, toutes choses étant égales d'ailleurs de la part de la maladie, du malade et de l'opérateur, la méthode sous-conjonctivale soit en même temps plus difficile, plus douloureuse et d'un résultat moins sûr que l'autre. Nul doute qu'elle ne permette de réussir assez

souvent à diviser le muscle et l'aponévrose ; mais il n'est pas permis de nier qu'en agissant à découvert on soit encore plus certain de ce que l'on fait, que quand l'instrument reste sous la conjonctive du commencement à la fin de l'opération.

Quant à ce que dit M. Guérin des avantages de la méthode sous-conjonctivale pour mettre à l'abri de toute récidive, pour prévenir un strabisme en sens opposé, pour empêcher l'écartement anormal des paupières, la saillie de l'œil ou l'exophthalmie, je suis porté à croire qu'il s'abuse étrangement. J'ai vu en effet de ces accidens chez des malades opérés par lui, comme chez ceux qui avaient été soumis aux autres méthodes. Si M. Guérin trouve la méthode sous-conjonctivale plus facile et plus rapide que l'autre, cela tient à ce qu'il ne connaît pas bien le manuel opératoire de cette dernière. Sous ce rapport, il est même tombé dans des erreurs inexplicables, au point, par exemple, de croire que la méthode usuelle exige de dix à quinze minutes pour être effectuée, et qu'elle fait naître des inflammations assez violentes pour occasioner la perte de l'œil, quand il est surabondamment démontré que, par mon procédé, et même par la plupart des autres, l'opération est généralement terminée en moins d'une minute, que, quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, au moins, elle ne produit aucune réaction inflammatoire digne d'être notée. Si je connaissais moins M. Guérin, je croirais, en vérité, qu'il ne charge ainsi les autres méthodes de tant de méfaits imaginaires, que pour masquer ceux qui sont en réalité inhérens à la sienne. Voulant à toute force que la chirurgie sous-cutanée, que la section sous-cutanée des tendons en particulier, ressorte des idées qu'il s'est faites de la rétraction musculaire, il s'est tenu

jusqu'ici relativement au strabisme, dans un cercle d'illusions qui épuisent véritablement en pure perte sa logique et son talent.

Le seul avantage réel que présente la méthode sous-conjonctivale, est de mettre ordinairement les malades à l'abri d'une petite végétation rougeâtre, sorte de polype oculaire qui survient fréquemment sur le fond de la plaie au bout de quinze ou trente jours, quand on opère par les procédés de la méthode de Stromeyer. Toutefois la présence de cette petite végétation entraîne si peu d'inconvénient, est si facile à faire disparaître, qu'elle ne sera sans doute point suffisante pour amener la généralisation de la méthode sous-conjonctivale, qui n'a d'ailleurs été mise en pratique jusqu'ici que par son inventeur et un petit nombre d'autres chirurgiens, et qui n'empêche pas même toujours la production des polypes angulaires. Je ne veux pas dire, néanmoins, en m'exprimant ainsi, que ce soit une méthode absolument mauvaise; je prétends seulement qu'elle n'est pas meilleure au fond, qu'elle est pour le moins aussi dangereuse, qu'elle est certainement d'un emploi plus difficile que l'autre méthode.

Méthode de Stromeyer ou par dissection.

Convenons d'abord que, de tous les procédés imaginés pour découvrir et diviser les tissus qui entretiennent le strabisme, il n'en est aucun qui ne soit à la rigueur praticable, qui ne permette absolument de réussir. Avouons cependant que le procédé pur de M. Stromeyer n'ayant été essayé que sur le cadavre, n'est pas assez complet, assez nettement décrit pour être conservé dans sa simplicité native, que celui de M. Pauli ne doit être mentionné qu'à titre de tâtonnemens qu'il faut se hâter d'oublier; que celui de M. Dieffenbach,

complétant ce qui pouvait manquer au procédé de M. Stromeyer, est ici le procédé fondamental.

Soutenir que, saisir la conjonctive avec deux érignes pour la diviser, puis accrocher la sclérotique avec une érigne double pour aller décoller, soulever et couper le muscle, comme le veut M. Lucas convient mieux, c'est partir d'une illusion complète et retourner au point de départ de la méthode sous-conjonctivale. Discuter ensuite sur la question de savoir s'il vaut mieux saisir la conjonctive près de la caroncule avec une pince pendant qu'on la tient avec une érigne près de la cornée, comme le veulent M. Stromeyer et M. Lucas, ou bien s'il est meilleur d'appliquer l'érigne près de la caroncule, et l'érigne près de la cornée, comme le recommande M. Ferrall, c'est encore s'arrêter à des objets de très peu d'importance.

Employer une érigne simple plutôt qu'une érigne double, soit du côté de la cornée, soit du côté de la caroncule, ne mérite pas non plus un examen sérieux.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE CHIRURGICALE. (1)

Quelques réflexions sur l'emploi répété du vomissement, considéré comme agent principal dans le traitement du croup confirmé, par le docteur Marrotte (*Gaz. méd.*).

Cette méthode a été exposée par M. de Larroque, de l'hôpital Necker (*Bulletin gén. de thérapeutique*, sept. 1840).

(1) Nous sommes obligés, par suite de l'aboudance des matières, de renvoyer au prochain numéro, entre autres articles, la suite du compte rendu des travaux de l'Académie.

C'est dans la note et les entretiens de ce confrère que M. Marrotte dit avoir puisé la hardiesse qui lui a si bien réussi. Avant d'aller plus loin, l'auteur de l'article rapporte trois observations, dont voici le résumé succinct :

1re Observation. Petite fille de 5 ans. Pendant la nuit du 8 février, malaise subit, gêne extrême de la respiration. M. Marrotte est appelé; il examine la gorge; il a fallu réveiller l'enfant, qui, après l'accès, s'était rendormie paisiblement. Les amygdales étaient fort grosses et se touchaient presque; voile du palais assez tuméfié; rougeur peu prononcée et accompagnée d'une sorte de transparence. Langue légèrement blanche; pas de sifflement laryngé; mouvemens respiratoires normaux; voix et toux enrouées. *Tisane d'orge, tiède; cataplasme sinapisé aux pieds; sirop d'ipécacuanha par cuillerées à café toutes les dix minutes jusqu'à effet vomitif.* Le lendemain il y a un peu de mieux. Le 11, le croup est prononcé. Les amygdales qui, la veille, présentaient déjà un réseau blanc à larges mailles, étaient recouvertes d'une fausse membrane. Les symptômes ne laissaient aucun doute sur la nature du mal. On toucha aussitôt avec une solution de nitrate d'argent (2 grammes de ce sel dans 16 grammes d'eau) les amydales, la paroi postérieure du pharynx et l'orifice supérieur du larynx. On avait, les jours précédens, insufflé de l'alun dans la gorge. On prescrivit, en outre, de faire vomir l'enfant à deux reprises, à cinq heures d'intervalle en lui donnant par cuillerées toutes les dix minutes, jusqu'à effet vomitif, la potion suivante : *tartre stibié* 10 *centig. sirop d'ipéc.*, 32 *gram. Eau* 64. Le soir, amendement notable. La teinte asphyxique des lèvres a diminué; respiration moins haute et moins fréquente; sifflement laryngé plus faible, et manquant par moment. Les vomissemens ont été assez abondans et ont procuré l'expulsion de mucosités filantes, ainsi que de débris de fausses membranes. *Insufflation d'alun à répéter trois fois dans la nuit; faire vomir une fois dans la nuit à six heures d'intervalle; cataplasmes chauds aux mollets.* Le lendemain matin, 12, mieux plus marqué encore; plus de sifflement laryngé; plus de fausses membranes sur les amygdales dont la teinte est cramoisie. *Eau d'orge; pédiluve; deux insufflations d'alun en poudre; deux tasses à café de bouillon coupé.* La journée du 13 se passe sans rien présenter de remarquable. Le 14, l'enfant est maussade, elle l'était déjà à la veille; mouvement fébrile (102 à 104 puls). Voix et toux de nouveau croupales; inspiration sifflante; réseau blanchâtre

à larges mailles sur l'amygdale gauche; points blancs sur l'autre. *Cautérisation avec une solution de nitrate d'argent* (3 gram. du sel pour 16 d'eau) *vomitif; lavement miellé; cataplasmes aux cuisses.* Le soir la situation s'est encore empirée; somnolence; respiration ronflante; lèvres plus violacées que le matin, *nouvelle cautérisation. Deux vomitifs dans la nuit.* Le lendemain aggravation; la solution émétique n'a déterminé que deux vomissemens. Dix centig. seulement avaient été prescrits; comme ils ne produisaient pas d'effet, dix autres avaient été administrés par les parens, et la petite malade en avait pris encore dix depuis cinq heures du matin. Ventre d'ailleurs souple et indolent, même à l'épigastre. 20 *centig. de tartre stibié dans* 125 *gram. d'eau, en deux fois.* A quatre heures, M. de Larroque, appelé en consultation, voit l'enfant, et prescrit: *dix sangsues au devant du larynx jusqu'à ce que l'enfant pâlisse et menace de tomber en syncope; potion avec sirop d'ipécacuanha* 64 *gram., émétine impure* 20 *centig. et eau* 32 *gram., à prendre par cuillerée de* 10 *en* 10 *minutes; large vésicatoire sur le sternum; cataplasmes vinaigrés aux pieds.* Toute cette prescription fut, pour plus de sûreté exécutée par M. Marrotte lui-même. A peine les sangsues étaient-elles appliquées que la respiration devint moins précipitée. Il se fit un changement si soudain qu'il eût été, dit l'auteur de l'observation, difficile d'y croire sans en avoir été le témoin. La potion vomitive n'ayant pas eu d'effet, on y avait suppléé, à deux reprises, par la solution stibiée. *Potion vomitive à cinq heures du matin.* 16 février, 20 centig. d'émétique ont à peine fait vomir. Les matières vomies contiennent des débris de fausses membranes, toujours présentes dans celles qui ont été rendues jusqu'à ce jour. Les amygdales offrent encore quelques plaques. 20 *centig. de tartre stibié.* Un seul vomissement de même nature que les précédens. D'ailleurs même état. *Cautérisation avec le nitrate d'argent;* 35 *centig. de sulfate de zinc, en* 3 *doses.* 7 février. Vomissemens répétés. 17 février. Amélioration plus notable que la veille; il y a eu quelques heures d'un sommeil paisible; respiration régulière et douce, sans sifflement; l'enfant demande à manger. On voit encore un point blanchâtre sur l'amygdale; il est touché avec le nitrate d'argent. Constipation. 60 centig. de calomel en 6 paquets. Une grosse selle verte. Journée bonne. M. Marrotte porte un pinceau chargé de calomel dans l'arrière-gorge, de manière à provoquer des contractions de pharynx; vomissement peu abondant; les matières vomies, soumises à l'ébullition, ne donnent aucun indice de matière plastique. 60 *centig. de calomel;* 2 *frictions avec* 2 *gram. d'onguent napolitain sur les côtés du cou* (pour augmenter les sécrétions muqueuses de la bouche, de la

gorge et du larynx, qui s'humectaient avec difficulté). 18 février. Il y a eu deux selles vertes. Le mieux continue. M. Marrotte porte de nouveau dans la gorge un pinceau chargé de calomel. *Friction avec 4 gram. d'onguent mercuriel.* 19 : même état : même traitement. 20 : Il y a un petit liséré rouge sur le bord des gencives, aussi cesse-t-on d'administrer toute préparation mercurielle. Convalescence. Le 18 mars la guérison est complète; toutefois la voix n'a repris son timbre habituel qu'avec une extrême lenteur. Elle était encore un peu grave au mois d'avril.

2ᵉ *Observation.* Chez la jeune fille, sujet de cette observation, et âgée également d'environ 5 ans, M. Marrotte, instruit par le premier cas, commença par appliquer 6 sangsues, qui amenèrent une amélioration immédiate dans les accidens laryngés. Du sirop d'ipicacuanha fut administré par cuillerées après la chute des sangsues, et détermina des vomissemens qui eurent pour effet l'expulsion de débris pseudo-membraneux. Les amygdales très tuméfiées ne présentaient pas d'enduit. 4 ou 5 jours après la santé était parfaitement rétablie.

3ᵉ *Observation.* Petite fille de 3 ans 1/2. Coqueluche prolongée; croup; fausses membranes sur les amygdales, que l'on touche avec l'acide hydrochlorique pur. Quatre sangsues au-devant du larynx; émétique, d'abord 32 gr. de sirop d'épicacuanha. Vomissemens de matières filantes contenant des débris de pseudo-membranes. Le soulagement n'étant pas aussi notable après les sangsues et le vomitif que dans les cas précédens, quoique les symptômes soient immédiatement amendés, M. Marrotte insiste beaucoup sur les vomitifs qu'il administre à courts intervalles et à dose élevée. Chez cette malade comme chez la précédente, on a observé un ronflement particulier pendant le sommeil, ronflement déjà noté chez le premier sujet, et dont il va être parlé. Grâce au traitement énergique qui fut employé, la petite malade était convalescente le dixième jour.

Dans les réflexions qui suivent ces trois faits, M. Marrotte insiste :

1° Sur le ronflement qui, d'après lui, aurait quelque chose de symptomatique, attendu, dit-il, que ce phénomène n'est pas naturel aux enfans. Nous connaissons cependant une petite fille d'environ 3 ans qui ronfle beaucoup. A la vérité elle ronfle surtout du nez, et le ronflement dont parle M. Marrotte est

particulièrement laryngé; il se compose de deux bruits alternatifs correspondant à l'inspiration et à l'expiration. Il est sec ou humide. « S'il est sec et métallique, dit M. Marrotte, on doit penser que l'état inflammatoire persiste et qu'il y a toujours une tendance prononcée à la sécrétion de matières très plastiques et très adhérentes, d'où découle l'indication des évacuations sanguines. Si, au contraire, il est devenu humide et crépitant, c'est que les fluides sécrétés sont plus abondans et moins plastiques, c'est que les fausses membranes commencent à se détacher et à flotter librement dans le larynx, circonstances qui indiquent l'emploi plus ou moins répété des vomitifs. Dans le premier cas, le pronostic est évidemment plus grave que dans le second, et il devient des plus favorables si le ronflement cesse entièrement. »

2° Sur l'état des amygdales qui, dans le premier cas, présentaient, avant le développement bien évident des fausses membranes, un aspect déchiqueté, comparable à celui d'un abcès ouvert à leur surface et dont les parois auraient été retournées. La même observation a été faite dans deux autres cas mentionnés par l'auteur, ce qui le porte à penser qu'il y a peut-être là un nouveau signe du croup.

Les émétiques, dans les observations de M. Marrotte, n'ont pas produit des vomissemens d'autant plus nombreux qu'on en répétait l'usage; leur action s'est, au contraire, épuisée de plus en plus, et l'on a été obligé d'augmenter les doses en même temps qu'on administrait le médicament à des intervalles plus rapprochés.

Quoique les doses d'émétique aient été portées jusqu'à 30 et 40 centigr. dans les 24 heures, il n'y a jamais eu aucun signe d'irritation gastrique, et 36 ou 48 heures après le der-

nier émétique, l'appétit s'est fait toujours sentir avec énergie. L'auteur rassure les praticiens contre la gastrite, dont la crainte, en pareil cas, serait, dit-il, chimérique. Les médecins qui emploient les vomitifs dans le croup, ajoute-t-il, ont plutôt à se plaindre de la tolérance de l'estomac que de sa susceptibilité. En tout cas, se demande l'auteur, ne serait-il pas préférable de donner à un enfant une gastrite, même intense, avec la certitude de le guérir du croup, que de le laisser mourir dans la crainte de lui enflammer l'estomac (1)? L'effet sédatif de l'émétique est immédiat et constant : après s'être débattu sous son action pendant le vomissement, l'enfant sommeille toujours, plus paisible qu'auparavant. M. Marrotte cite la pratique des docteurs Serlo de Crossen, Molin de Cottbus et Dür, qui préfèrent le sulfate de cuivre à l'émétique; il mentionne aussi un cas d'Albers dans lequel l'émétique étant toléré, ce médecin, comme M. Marotte dans sa première observation, administra le sulfate de zinc. Il prouve que les praticiens qui ont employé la formule des *vomissemens coup sur coup*, ont eu la pratique la plus avantageuse dans le traitement de la maladie qui nous occupe. La plus heureuse serait celle de M. De Larroque, qui n'aurait perdu qu'un seul malade (et encore ce fut d'une complication), et qui a traité beaucoup d'enfans de cette affection. Mais, n'y a-t-il pas là un

(1) Dans notre article sur le *Traité* de M. Berton (V. le numéro précédent), nous avons exprimé une certaine répugnance au sujet des moyens qui agissent en excitant directement l'estomac, et cette répugnance semblerait contradictoire avec l'approbation que nous donnons à la pratique de M. Marrotte. Mais il s'agissait alors d'une affection légère, la bronchorrhée, et il s'agit ici d'une affection mortelle. Ajoutons que, pour MM. Bretonneau, Trousseau et Velpeau, les succès de M. Marrotte devraient être rapportés à l'alun et au nitrate d'argent plutôt qu'à l'émétique.

un peu d'exagération? Voici un passage digne de remarque: « Les émétiques, est-il dit, sont préférables à la saignée, en ce qu'ils ne sont pas seulement comme elle un des sédatifs immédiats les plus énergiques, mais encore parce qu'on peut y recourir souvent et long-temps, parce qu'ils n'exercent pas une véritable spoliation, ou du moins une spoliation de toute la substance du sang; mais parce qu'ils enraient et troublent seulement les actions nerveuses et laissent l'économie avec toute sa capacité réactionnelle (ceci est de la bonne médecine). Les émétiques, enfin, ont seuls l'immense privilège de remplir l'indication capitale du croup, savoir: la rupture et l'expulsion mécanique des fausses membranes qui opposent un obstacle matériel à la respiration et dont la présence fait le danger de cette affection. M. le docteur de Larroque pense même que c'est seulement de cette manière qu'ils sont si efficaces. » Nous n'engagerons pas une discussion sur ce dernier point; mais ne serait-il pas possible que l'action du médicament fût double, expulsive et antiphlogistique? N'oublions pas de faire remarquer que M. Marrotte est bien loin de rejeter les applications de sangsues, et même, dans quelques cas, la saignée. Il avoue que, dans sa première observation, il avait méconnu l'élément inflammatoire. C'est ici le cas de donner notre sentiment sur la nature du croup. Ce sera de la théorie, et il y a des gens qui sont toujours prêts à se moquer de la théorie. Ils sont plus à plaindre qu'à blâmer. On n'est pas libre cependant de réprimer un mouvement de dédain lorsqu'on les voit se jeter à corps perdu dans ce qu'ils appellent les *faits*, et montrer un superbe mépris pour l'esprit de déduction, comme si les faits étaient autre chose que des pierres de taille, et ceux qui les portent autre chose que des manœuvres. Ce qui est déplorable, c'est que des journaux

prennent à tâche de perpétuer cet état des esprits, état que l'on reconnaît à des signes certains et multipliés, comme, par exemple, lorsqu'on voit l'amphithéâtre d'une clinique se remplir à l'annonce d'une opération, tandis que, les jours de simple leçon, le professeur s'adresse à un auditoire peu nombreux. Mais laissons ce sujet de pénibles réflexions, et revenons à notre théorie sur la nature du croup. Il y a dans le croup deux élémens : l'élément inflammatoire (de nature particulière) et l'élément pseudo-membraneux, l'un engendrant l'autre. La nature du mal se montrait à nu, pour ainsi dire, dans ces amygdales observées par M. Marrotte, et qui étaient d'un rouge écarlate sous la couche pseudo-membraneuse qui les recouvrait. Appliquez des sangsues, vous détruirez l'un des élémens, le premier, mais vous n'aurez rien fait contre le second, qui persistera à l'état d'obstacle à la respiration. Or, comme tout obstacle de ce genre a pour effet une congestion générale, mais surtout de congestionner l'appareil respiratoire, il s'ensuivra que l'élément produit deviendra à son tour producteur, et que la présence de la fausse membrane donnera lieu à la réapparition de l'élément inflammatoire, d'abord combattu avec succès. Au contraire, administrez un vomitif, rompez et détachez les membranes, comme vous n'aurez rien fait contre l'élément phlogistique producteur, de nouvelles pseudo-membranes se formeront, et il faudra recommencer. De là, la nécessité évidente d'agir des deux manières, de combattre d'abord l'élément inflammatoire producteur, par une application de quatre, six ou huit sangsues, suivant l'âge, et presqu'en même temps, l'élément produit, par le médicament expulsif répété, si vous ne voulez pas qu'il devienne producteur. Nous ne nous cachons pas assurément que nous ne saurions tout dire

sur la nature du croup : ainsi pourquoi cette invasion par accès? Pourquoi les enfans sont-ils presque exclusivement sujets au croup? A quel état tout-à-fait spécial est due la pseudo-membrane? Questions irrésolues, que nous n'avons pas la prétention de résoudre. Nous avons tenu à indiquer, dans le génie de l'affection, ce qui pouvait guider le praticien.

Nous devons faire remarquer, en outre, que le tartre stibié pouvant agir comme antiphlogistique, il ne serait pas exact de dire d'une manière absolue que, par l'administration de ce moyen, on n'aura rien fait contre l'élément inflammatoire producteur ; mais dès que le tartre stibié agit comme antiphlogistique, c'est qu'il est toléré, et alors il n'agit plus comme vomitif. L'émétique ne peut donc agir que contre l'un des élémens de la maladie à-la-fois, et alors il vaut mieux l'employer à titre de vomitif, laissant aux sangsues à remplir l'autre indication.

M. Marrotte recommande de ne pas se laisser tromper par les intermissions, et d'agir sans relâche. Le praticien aura souvent à se défendre contre les parens, étonnés de le voir persister dans l'emploi des remèdes quand ils croient le mal vaincu. C'est au médecin de donner alors les explications nécessaires. M. Marrotte indique, à titre de moyens accessoires, utiles à employer, les vésicatoires, les sinapismes, les insufflations d'alun, les cautérisations avec le nitrate d'argent, etc.

Ferme dans la critique, nous ne savons pas retenir l'éloge. Nous dirons donc que le travail de M. Marrotte est d'un praticien éclairé, judicieux.

Mémoire sur le traitement des varices par le caustique de Vienne, par M. A. Bérard. (*Gaz. méd.*)

La cautérisation des veines variqueuses est une pratique fort ancienne. M. Bonnet, inspiré par M. Gensoul, a renouvelé cette méthode, dont il fit le sujet d'un travail inséré en 1839, dans les *Archives* (Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs). Seulement le praticien de Lyon a substitué le cautère potentiel au cautère actuel. A son tour, M. Bérard qui avait employé cette méthode dès que M. Bonnet l'eût publiée, substitua le caustique de Vienne à la potasse caustique, mise en usage par M. Bonnet. M. Bérard soumet ses malades à une légère préparation. Quels que soient le nombre et l'étendue des varices, il ne fait qu'une seule application à chaque jambe, en quoi il diffère de M. Bonnet, qui applique, le même jour, le caustique sur plusieurs points de longueur de la veine. C'est presque toujours au-dessous du genou et sur le trajet de la saphène interne, que M. Bérard applique le caustique, à-peu-près au lieu d'élection pour l'application des cautères à la jambe. Il a reconnu que l'oblitération de la veine dans ce point suffisait souvent pour amener la guérison des varices coexistantes de la cuisse, qui, si elles persistent, ne produisent plus aucune gêne. Les accidens sont beaucoup plus à redouter lorsqu'on fait l'application du caustique à la cuisse que lorsqu'on l'applique à la jambe. On profite d'un moment dans lequel les veines sont très saillantes pour marquer à la plume le point sur lequel sera appliqué le caustique.

Manière de procéder à cette application.—«La peau étant rasée, le membre placé de telle sorte que la veine variqueuse en soit la partie culminante, la poudre de Vienne ré-

duite en pâte molle, mais non diffluente, à l'aide de l'alcool, est placée sur le vaisseau. La longueur de la couche varie de 3 à 5 centimètres de longueur, la largeur de 5 à 10 millimètres; l'épaisseur est au moins aussi grande que la largeur. On devra produire une eschare d'autant plus longue et plus large que le vaisseau est plus volumineux et offre des circonvolutions plus nombreuses et plus étendues. » La durée de l'application varie d'un quart d'heure à une demi-heure, suivant l'épaisseur des tissus : 18 à 20 minutes suffisent ordinairement. Il faut du premier coup atteindre les parois de la veine. La douleur est ordinairement médiocre. Il y a avantage à avoir une eschare allongée plutôt que ronde: la plaie est plus facile à cicatriser, la veine est détruite dans une plus grande étendue, et plus de circonvolutions sont atteintes. Lorsque la partie est débarrassée du caustique et lavée avec du vinaigre, on voit une eschare demi transparente contenant de petits vaisseaux dans lesquels le sang est coagulé; quelquefois cette coagulation a lieu immédiatement dans la veine variqueuse. L'eschare peut céder, et un écoulement de sang, toujours facile à arrêter, se produire. Si le malade ne doit pas se lever, et que rien n'annonce que le sang doive couler, on ne fait pas de pansement; l'air favorise la dessiccation de l'eschare; dans le cas contraire, on applique simplement une compresse ou un morceau de diachylon et une bande. L'élimination de l'eschare peut se faire comme à l'ordinaire; mais quelquefois un phénomène singulier, déjà noté par Hunter, se produit. L'eschare se dessèche, noircit, adhère de plus en plus, et quand elle tombe, ce qui peut n'arriver qu'après plusieurs mois, elle laisse à découvert une cicatrice sèche. C'est ce résultat qu'il faut toujours chercher à obtenir. Du côté de

la veine, le sang se coagule rapidement au niveau de la partie brûlée. 24 à 36 heures, rarement 3 à 4 jours après l'application de la pâte de Vienne, on trouve une masse indurée dépassant l'eschare de haut en bas. L'existence d'une anastomose avec les veines profondes de la partie peut retarder ou même empêcher la guérison : dans ce dernier cas on ferait une nouvelle cautérisation au-dessous de l'anastomose. Si plusieurs veines sont largement dilatées on fait plusieurs cautérisations. Il en sera de même si d'autres veines viennent à se dilater pendant que celles que l'on avait cautérisées s'oblitèrent. Toutefois, comme M. Bérard l'a vu, ces nouveaux vaisseaux sont susceptibles de reprendre spontanément leur volume naturel, par suite probablement d'une circulation plus facile dans les veines profondes. Les malades soumis à la cautérisation, au moyen du caustique de Vienne, peuvent marcher. Un conducteur de diligence que M. Bérard traita par cette méthode, ne discontinua pas ses voyages. Il est plus prudent néanmoins de faire garder le lit pendant 3 ou 4 jours. Plusieurs cautérisations ne semblent pas à exposer plus de dangers qu'une seule.

Quand l'eschare se détache, il faut, soit la recouvrir d'un linge, soit en retrancher les bords avec des ciseaux, pour qu'ils ne frottent pas contre les vêtemens. Lorsque le caustique n'a pas atteint la veine, il faut hâter la chute de l'eschare par l'application de corps gras, de cataplasmes, et cautériser de nouveau. Bien qu'en général peu douloureuse, la cautérisation l'est beaucoup chez quelques malades, ce qui tient vraisemblablement à la présence de quelques filets nerveux, cause à laquelle il faut aussi attribuer l'insensibilité, ordinairement temporaire, d'une partie des tégumens de la jambe ou du pied. M. Bérard a vu survenir une inflammation éry-

sipélateuse, et même se former des abcès sur le trajet de la veine, ce qui nous paraît constituer le cas de phlébite externe. La cicatrisation des plaies est quelquefois longue à obtenir, inconvénient que l'on peut prévenir en laissant l'eschare à découvert ou en la couvrant d'un simple linge, et surtout en évitant d'y appliquer des corps gras. Les cicatrices restantes sont plus vulnérables que la peau saine. — Voici un certain nombre d'inconvéniens. Les avantages, qui l'emportent, sont l'efficacité et la simplicité. M. Bérard combat l'opinion des chirurgiens qui nient la possibilité de la cure radicale des varices. Voici les conclusions de son intéressant mémoire : 1° L'on peut obtenir la guérison radicale des varices à l'aide du caustique de Vienne ; 2° autant que possible, il faut s'abstenir d'appliquer la pâte ailleurs qu'à la jambe ; 3° le caustique doit être mis de manière à former des eschares longues et étroites ; 4° il faut que la mortification atteigne les parois de la veine ; 5° on doit favoriser la dessiccation de l'eschare, et alors l'eschare n'est éliminée qu'au bout d'un temps fort long (plusieurs mois), sans travail de suppuration ; la cicatrisation se fait à mesure qu'elle se détache ; 6° après 4 ou 5 jours de repos, les malades peuvent se livrer à leurs occupations, quelque pénibles qu'elles soient, sans donner aucun soin à leur traitement ; 7° il est rare que le traitement détermine des accidens : quand il en survient, ils n'offrent pas de gravité. Une seule fois, sur plus de 500 cautérisations (1), il s'est déclaré une phlébite mortelle dont la cause peut être attribuée à des circonstances faciles à éviter ; 8° les guérisons obtenues à l'aide de la cautérisations sont solides et durables.

(1) Les 500 cautérisations ont été pratiquées sur un nombre total de 100 malades.

Amputation de la jambe, pratiquée à la clinique de Strasbourg, par M. le professeur Sédillot, d'après son procédé : Guérison en 18 jours. — Observation recueillie par M. A. Willemin, aide de clinique (*Gazette médicale* de Strasbourg, numéro du 20 février 1842.)

Nos *Annales* (numéro de janv. 1841) ont fait connaître le procédé de M. le professeur Sédillot, et les chirurgiens ont pu apprécier ce qu'il avait d'ingénieux et de satisfaisant, aussi bien que les savantes recherches dont il avait été l'occasion. M. Sédillot vient d'en faire avec un remarquable succès l'application à un cas fort intéressant qui présentait un ensemble de chances défavorables. On comprendra que nous rendions un compte détaillé de ce fait, qui, à proprement parler, nous appartient.

Klein, âgé de 42 ans, maigre, affaibli, ayant le teint jaunâtre, entra à la clinique de la faculté de Strasbourg, le 5 janvier 1842. Il avait eu, en 1834, étant au service, la jambe droite fracturée comminutivement, et avait été traité au Gros-Caillou. La consolidation s'était opérée avec un raccourcissement proportionné à la perte de substance. Au bout de cinq ou six mois, sans cause extérieure, le cal s'enflamma, devint douloureux, et K.... dut garder le lit pendant quatre mois. Insensiblement le membre se couda en dedans dans le point correspondant au col, et celui-ci se consolida de nouveau, mais à angle, de telle sorte que la face plantaire du pied devint interne et que le bord externe, devenu inférieur, supportait tout le poids du corps. M. Sédillot fait remarquer cette courbure en dedans, nonobstant l'action regardée comme prédominante des péroniers ; il a déjà observé le même fait plusieurs fois. Enfin, il y a sept mois, K.... reçut un coup de pied de cheval sur le lieu du col ; un ulcère se forma, et dès-lors, la suppuration ne s'est point tarie. Pendant plus de six mois, le malade n'a cessé de marcher. Aujourd'hui la marche est impossible, et la douleur sans relâche. A l'examen du membre on trouve la difformité déjà indiquée, plus, au sommet de l'angle, un ulcère qui laisse apercevoir, nécrosée et dépassant la solution de continuité, l'extrémité du fragment supérieur. « Les tégumens sont amincis, décollés, livides et une rougeur érysipélateuse s'étend à presque tout le membre. Deux autres ulcè-

res existent plus en dedans, et présentent, comme le premier, une teinte grisâtre : Il s'en écoule une grande quantité de pus jaune, verdâtre et fétide. Une cicatrice longitudinale, de près d'un décimètre d'étendue, révèle les traces d'un vaste abcès anciennement ouvert au Gros-Caillou.

« Une autre cicatrice, presque aussi considérable et fortement froncée, se remarque dans le creux du jarret. Toute la jambe est gonflée et douloureuse, particulièrement dans la région du mollet. Çà et là de petites collections purulentes profondes, sont disséminées sur la face antérieure du tibia. La jointure tibio-tarsienne est également affectée ; les tégumens sont largement décollés et percés de pertuis fistuleux, au travers desquelles un stylet fait sentir les surfaces articulaires dénudées et cariées. » Ainsi : 1° fracture et consolidation avec raccourcissement ; 2° inflammation et ramollissement du cal ; courbure à angle de la jambe ; 3° par suite du repos, consolidation nouvelle de la jambe ainsi coudée ; 4° coup de pied de cheval et production d'une ostéite suppurative s'étendant jusqu'à l'articulation inférieure inclusivement, et s'acheminant vers le genou ; mauvais état de tous les tissus de la jambe : telle a été chez R. la succession des phénomènes morbides. L'amputation est le seul remède à son état. On peut amputer la jambe, la cuisse, ou désarticuler le genou. Mais, dit M. Sédillot, cette dernière opération doit être proscrite ou réservée à des cas complètement exceptionnels. Quant à l'amputation de la cuisse, l'état des parties molles de la jambe semblerait la rendre préférable, attendu qu'après l'opération on aurait des tissus sains, mais les résultats de l'amputation de la jambe sont tellement avantageux par rapport à ceux de l'amputation de la cuisse, que l'on ne doit se décider à cette dernière opération préférablement à l'autre, que dans le cas d'absolue nécessité. Tout bien examiné, tel n'est point le cas du sujet de l'observation. M. Sédillot se décide donc à amputer la jambe, et il la pratique d'après son dernier procédé.

« Placé en dedans de la jambe malade, la compression faite sur l'arcade du pubis par les doigts d'un aide, la cuisse soutenue en dehors du lit et la jambe placée dans l'extension, M. Sédillot saisit les chairs de la face externe du membre, les soulève légèrement, et plonge un couteau droit, la lame dirigée en bas, à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité tibiale, et à trois centimètres en dehors de la crête du tibia. L'instrument conduit d'avant en arrière, et de bas en haut, rase le bord externe du péroné, et va ressortir en arrière du membre à trois travers de doigt plus haut que son point d'entrée. Le lambeau est immédiatement taillé de dedans en dehors, et l'o-

pérateur, après lui avoir donné une longueur de huit à neuf centimètres environ, en arrondit l'extrémité en le terminant. Il coupe aussitôt la peau de la demi-circonférence interne du membre par une section demi circulaire, la dissèque à une hauteur de quatre centimètres; puis, soulevant le lambeau, il divise de bas en haut et de dehors en dedans, en continuant sa base et en l'élargissant, les muscles restés intacts, de la portion interne de l'espace interosseux, et une petite partie de ceux de la face postérieure du membre. Ces incisions musculaires obliques permettent de relever le lambeau au niveau du point où les os doivent être divisés, et M. Sédillot coupe alors profondément toutes les parties molles du mollet. Les chairs interosseuses encore intactes, sont divisées d'après les règles que nous avons exposées (1), et l'amputation est terminée par la section du tibia et du péroné, après qu'un trait de scie oblique a abattu l'angle interne du premier de ces os.

« Cette opération offrit quelques particularités remarquables. Au moment où les chairs postérieures furent intéressées, on vit jaillir un flot de pus de la plaie; et M. Sédillot ayant porté le doigt dans l'abcès qui remontait jusqu'auprès de l'articulation du genou, le débrida largement en arrière et en dedans, afin de prévenir toute stagnation de pus dans ce foyer. Le tibia était également rempli de pus qui s'amassa en gouttelettes très distinctes à la surface du tissu médullaire. Les ligatures, au nombre de sept, furent rendues difficiles par l'état d'induration des parties qui entouraient les vaisseaux; il fallut en saisir quelques-uns avec le ténaculum, et en inciser circulairement le contour avec la pointe du bistouri, pour permettre l'application des fils. Enfin, la compression fut incomplète, et le malade perdit une assez grande quantité de sang, qu'on évalua à 500 grammes. A part ces circonstances, le résultat opératoire était magnifique; la plaie était petite, parfaitement recouverte; le lambeau très régulier, suffisamment doublé, par les muscles, offrait une surface nette et égale, ainsi que le reste du moignon, et s'affrontait facilement avec les tégumens du côté opposé.

« Le pansement fut alors fait de la manière suivante. Les parties nettoyées et essuyées, et les ligatures réunies en arrière; un linge enduit de styrax et ployé en double, de la largeur de deux travers de doigt, fut appliqué sur le tibia et le péroné; il dépassait la plaie en arrière, de plusieurs centimètres.

(1) Afin d'obtenir une plaie nette, exempte de mâchures, et dans laquelle il soit facile de découvrir les artères, M. Sédillot se fait du jour en incisant préalablement les chairs interosseuses de haut en bas.) V. son *Traité de méd. op.*).

Au-dessus de cette bandelette, le lambeau fut maintenu réuni par quatre points de suture entortillée. Un grand linge fenêtré, de la charpie, des compresses et une capeline terminèrent le pansement.

« La dissection du membre amputé montra ce qui suit : toute la jambe parsemée de vastes abcès : du pus jaune grisâtre répandu au dessus et au-dessous du périoste, et surtout dans les intervalles musculaires ; un large foyer purulent dans les chairs du mollet ; le tissu musculaire profondément altéré, induré, jaunâtre, plus dense à mesure qu'on se rapprochait des os, ayant subi une sorte de transformation squirrheuse. Les parties molles enlevées, on reconnaît à l'examen des os : que le cal est parfait, dur, volumineux, réunissant en une masse unique les quatre fragmens ; point de trace de fracture consécutive. Le fragment supérieur du tibia est déplacé en avant où sa pointe fait saillie. Le fragment inférieur forme coude avec lui, et en même temps sa face antérieure est devenue externe. Le péroné se trouve non pas au côté externe, mais en arrière du tibia ; même courbure de ses fragmens. En examinant de plus près les pièces osseuses, on voit que les deux os sont atteints d'ostéite, mais à des degrés différens, au-dessus et au-dessous du cal ; au-dessous le tibia est ramolli, et se laisse pénétrer aisément par le stylet. L'astragale lui-même est altéré (transmission de l'inflammation par contiguïté) ; le cartilage articulaire a disparu, l'os est carié sur ses côtés ; l'articulation contenait du pus. Au-dessus du cal on rencontre, non plus l'infiltration purulente jaune, mais l'infiltration sanguine rouge (premier degré de la phlogose) ; l'os a encore conservé toute sa dureté. Le canal médullai re est également altéré ; le tissu aréolaire donne du pus à la pression, Le péroné a subi de même une altération de tissu ; sa surface est raboteuse, inégale, striée de canalicules rougeâtres.

« L'inflammation s'est donc portée d'abord du cal au fragment inférieur, puis au fragment supérieur ; et si ce travail de phlogose eût continué, nul doute qu'il ne se fût bientôt étendu à l'articulation fémoro-tibiale, de même qu'il avait envahi la tibio-tarsienne.

« Le malade fut tranquille pendant toute la journée, sans fièvre, et à-peu-près sans douleur. Quatre pilules d'extrait aqueux d'opium, de 0,05 chacune, prescrites conditionnellement, ne furent pas données ; de la limonade citrique, une potion calmante et une potion gommeuse opiacée composèrent tout le régime.

« Le lendemain 12, même état, mêmes prescriptions. Le 13, pouls à 96 pulsations : état satisfaisant. Trois verres d'eau de Sedlitz pour combattre la

constipation et prévenir l'inflammation du moignon. Deux selles. Le 14, pouls à 72. Quelques soubresauts momentanés du moignon. M. Sédillot enlève l'appareil durci par la filtration peu abondante d'une sérosité roussâtre, afin de ne pas retenir le pus qui avait dû se former et dans l'abcès du mollet et dans le moignon. On trouve la plaie parfaitement réunie et d'une entière régularité. Les épingles sont enlevées ainsi que trois bandelettes agglutinatives mollement appliquées dans leur intervalle, pour empêcher l'écartement de tégumens. Le linge interposé est également retiré, et apparaît couvert de pus. Il laisse ainsi un creux derrière le lambeau que l'on peut facilement repousser, surtout vers le tibia. Cette cavité volontairement produite, doit servir au libre écoulement du pus, que son propre poids portera vers le point de la plaie resté béant à l'angle postérieur du moignon.

« Le 15, bouillon de veau; le 16, semoule; le 17, soupe au riz et pruneaux ; le 18, chute de trois ligatures. Quatre pilules aloétiques martiales, deux le matin et deux le soir; le 19, deux autres ligatures sont extraites; le 21 et le 22, les dernières sont enlevées; demi-quart de pain, côtelette, riz et omelette. La plaie suppure à peine et le moignon revenu sur lui-même s'est durci et a beaucoup diminué de volume en tous sens. Les pansemens ont été constamment faits avec lotion aromatique pour nettoyer la plaie; embrocation d'huile d'amandes douces sur tout le genou; linge fenêtré enduit de styrax, charpie et capeline.

« Du 22 au 30 janvier, la petite plaie de l'angle postérieur du lambeau s'est peu-à-peu fermée; la charpie en contact était à peine salie par quelques gouttes de pus. Aucun gonflement, aucune douleur dans le membre; mouvemens libres, pression indolore sur toute la surface du moignon et cicatrisation parfaite avant le vingtième jour de l'opération.

« Depuis ce moment, K. s'est levé et a continué à se promener sur des béquilles. Il avait été mis successivement au quart, puis à la demi-ration. On lui fabrique une jambe de bois, et dans quelques jours il quittera l'hôpital, parfaitement guéri.

« Si l'on réfléchit aux conditions défavorables que présentait le membre amputé; si l'on songe que le temps nécessaire à la cicatrisation du moignon de la jambe est généralement de six semaines dans les cas heureux, en suivant les méthodes ordinaires d'amputation, on se refusera difficile-

ment à accorder une grande part du succès au procédé adopté par M. Sédillot, procédé un peu difficile peut-être à bien exécuter, mais dont les résultats ont été si remarquables sous le double rapport des conditions opératoires et de la rapidité de la guérison. »

Telles sont les courtes remarques dont le rédacteur de l'observation l'a fait suivre, remarques auxquelles nous ne pouvons qu'adhérer. M. (DE C.)

EXTRAITS DE JOURNAUX ÉTRANGERS,

Par M. GIRALDÈS.

Observation de grossesse extra-utérine lue à la Société obstétrique d'Edimbourg, le 12 octobre 1841, par M. FAIRBAIRN.

Madame R., âgée de trente-sept ans, blonde, mariée depuis sept ans. — Cette dame se crut enceinte pour la troisième fois, au mois de juin 1841. Il y a cinq ans qu'elle eut son premier enfant. Les accidens de la troisième grossesse furent beaucoup moins graves que ceux qu'elle avait éprouvés dans les deux premières. La malade faisait beaucoup d'exercice sans se fatiguer ; une fois cependant, elle annonça à un de ses parens qu'il y avait quelque chose d'extraordinaire dans sa position sans lui préciser le motif de son dire. A partir du 14 mai jusqu'au mois d'août, elle resta à Porto-Bello pour y prendre des bains de mer, qu'elle prenait en effet tous les jours.

Le 17 août, elle eut peur à la mer, et éprouva quelque gêne en se remuant; elle continua cependant à se baigner. Arrivée à la maison, elle se plaignit d'une douleur dans la région iliaque droite, suivie d'un écoulement de sang par le vagin et d'une sensation comme si elle devait accoucher. Par suite de ces accidens, la malade garda le repos, la diète, et fit des applications froides : le lendemain, elle était mieux. Trois jours après, ayant mangé quelques fruits, elle eut une diarrhée, et perdit un peu de sang par le rectum; elle prit de son chef un peu d'huile de ricin et de laudanum. Consulté le 1er septembre pour des douleurs spasmodiques que cette malade ressentait dans le ventre, je trouvai cette région sensible, surtout au niveau de l'utérus; la malade se trouve mal à son aise ; des vomissemens bilieux sont attribués à ce qu'elle a mangé des prunes et pris de la bière. Un peu de sang a été rendu

par le rectum. L'irritation de l'estomac et des intestins est calmée par des substances salines et opiacées; et la malade se trouve mieux. Le 13, je suis appelé de nouveau auprès d'elle. Cette fois elle rendait du sang par le vagin, cependant le col de l'utérus n'était pas dilaté; l'organe était volumineux et donnait issue à un écoulement muqueux et sanguin : lavement opiacé; une légère dose d'éther nitrique; des applications froides à l'extérieur.

Le 17 septembre, la malade me dit qu'elle avait une douleur dans la région du cœcum; cette douleur diminuait par le changement de position; la pression l'augmentait, on administra des laxatifs. Le 19, on vint m'appeler en toute hâte pour voir la malade; à mon arrivée son mari me dit qu'elle était mourante, et que depuis deux heures elle s'était trouvée mal dans les bras de sa femme de chambre; qu'au moment du dîner, elle avait été prise d'une douleur très vive dans le ventre : le frère de la malade me dit encore, que, pendant qu'elle était à l'église, elle était pâle, et que ses mains étaient froides. La malade était dans son lit, très décolorée, affaissée, les pupilles contractées et immobiles; la surface du corps était couverte d'une sueur visqueuse et froide; les battemens du cœur étaient rapides et tumultueux; l'artère radiale et l'artère humérale ne donnaient pas de pulsations; il y avait du hoquet et des nausées.

L'abdomen était gonflé et sensible à la pression; la région épigastrique offrait un gonflement tympanique; le col de l'utérus était dans son état normal; pas d'écoulement; la malade répondait bien aux questions qu'on lui adressait. Je fais donner de l'eau chaude sucrée avec de l'eau-de-vie, à plusieurs reprises, plus une cuillerée d'ammoniaque dans de l'eau sucrée. Frictions avec des flanelles chaudes sur tout le corps; bouteille d'eau chaude aux pieds. Sous l'influence de ces moyens, le pouls revient à 120 pulsations, mais il disparaît de nouveau; la chaleur de la peau ne se rétablit pas.

A 6 heures, MM. Davidson et Newbigging furent réunis en consultation. On pensait que ce qu'on observait dépendait d'un anévrysme de l'aorte, qui s'était rompu dans l'estomac. M. Davidson pensa, au contraire, qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. Des stimulans furent conseillés.

Après le départ de M. Davidson, la malade devint plus agitée; elle sortait souvent les bras hors du lit, et voulait se lever ou se tourner : douleurs aux épaules, à l'épigastre. Elle prétendait sentir dans l'abdomen une sensation comme si du liquide s'était échappé dans le ventre; elle disait qu'elle

se mourait. Sinapismes; des linges chauds sont appliqués pour calmer les douleurs.

7 heures. Une seconde consultation fut réunie. Les symptômes observés s'étaient aggravés, la respiration était oppressée, la malade était pâle, sans pouls, couverte d'une sueur visqueuse, et poussait des gémissemens; elle répondait bien aux questions qu'on lui faisait. Lavement d'eau-de-vie avec addition de 20 gouttes de laudanum; stimulans externes.

Mort à 8 heures, cinq heures après le commencement de la crise.

Autopsie, 19 heures après la mort. MM. Davidson, Newbigging, Alex. Newbigging et Ziegler étaient présens.

La surface externe du corps est pâle et tachetée. Abdomen : cette cavité renferme une grande quantité de sang noir et fluide, 6 livres à-peu-près; l'utérus et la vessie en sont couverts. Le sang étant enlevé, on découvre une tumeur arrondie, inégale, plus volumineuse que le poing, placée sur la vessie, et inclinée vers la fosse iliaque gauche. Cette tumeur a pour enveloppe une espèce de sac solide, comme charnu, mince et transparent dans quelques points. Tout près elle est adhérente à la trompe, et constitue une grossesse extra-utérine; l'utérus est dans sa position normale.

Dans l'intérieur de la poche se trouve un fœtus mâle de 3 mois, ayant la tête tournée vers la partie inférieure du sac et le dos vers le côté gauche; le placenta, adhérant à la partie antérieure et supérieure de ce dernier, recevait le sang par les vaisseaux de la partie supérieure du ligament large.

Entre le placenta et le sac existe une membrane rouge, épaisse d'une ligne, enveloppant le fœtus à l'extérieur; il y a, en dedans de la précédente une seconde membrane mince, comme arachnoïdienne. Le sac est formé par une partie de la trompe et du ligament et quelques fibres de nouvelle formation. Le placenta se trouve séparé de l'œuf par une masse sanguine demi fluide en partie, décolorée et donnant à la tumeur une forme inégale. La masse fibrineuse offrait le même caractère que les couches des tumeurs anévrysmales; le sang épanché dans le ventre provenait de la rupture de la partie antérieure de la tumeur.

La trompe gauche offre 4 pouces de longueur, elle est perméable et dilatée dans toute son étendue. L'utérus offre 5 pouces de longueur, 3 pouces et demi de largeur, et un demi-pouce d'épaisseur, volume égal à celui d'un utérus, à 7 semaines de gestation; sa cavité est remplie par la membrane caduque se prolongeant dans les trompes.

(*Edinb. med. and surgical Journal*, Janv. 1842, pag. 77.)

Anévrysme de l'artère radiale, par M. G. Couto.

Un homme âgé de cinquante-six ans, porte un anévrysme de l'artère radiale ; il prétend que c'est en voulant soulever un poids assez lourd, qu'il sentit un espèce de craquement dans la région du poignet droit, suivi d'une douleur assez forte. Le soir du même jour, il remarqua une petite tumeur du volume d'une noisette, à deux pouces de l'articulation radio-carpienne sur le trajet de l'artère radiale. Cette tumeur offrait des pulsations. M. Couto reconnut un anévrysme de l'artère radiale, cependant il demanda conseil à ses confrères qui furent du même avis, et adoptèrent le mode de traitement proposé par ce chirurgien. Celui-ci crut devoir employer la compression, de préférence à la ligature; il fit construire une espèce de bracelet au moyen duquel il établit une compression graduelle sur la tumeur. Cette compression fut continuée pendant six mois. Au bout de ce temps, la tumeur avait disparu. (*Journal de la Société des sciences médicales de Lisbonne*, 6 octobre 1841, page 199).

Les exemples d'anévrysmes survenus à la suite d'une tension brusque, d'un effort, ne sont pas rares, c'est même une des causes reconnues par les chirurgiens, comme pouvant expliquer leur fréquence dans les régions inguinale et poplitée ; cependant les anévrysmes des artères secondaires, du genre de l'artère radiale ou autre, surviennent le plus souvent par suite d'une blessure, d'une contusion ou d'une maladie de l'artère. Cette observation prouve que ces artères n'échappent pas à la loi commune, et qu'elles peuvent à leur tour être éraillées, déchirées, à la suite d'un effort. On peut se demander si dans de tels cas il ne serait pas beaucoup plus convenable de pratiquer la ligature de l'artère radiale au-dessus de la tumeur, de préférence à l'emploi de la compression qu'il a fallu continuer pendant longtemps.

MARCHAL (de Calvi), *Rédacteur-gérant.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DU STRABISME;

Par A. VELPEAU.

EXAMEN DES MÉTHODES.

(Suite.)

C. Ceux qui, comme M. Verhaeghe, comme M. Cunier, M. Simonin, M. Andrieux et quelques autres, fixent les *crochets* de l'érigne *dans la sclérotique*, ont l'avantage de ne produire aucune blessure grave et de maintenir l'œil plus solidement que ceux qui tiennent à ne saisir que la conjonctive avec l'érigne antérieure.

D. La *pince de M. Liston* pour abaisser la paupière inférieure ne serait acceptable que si l'on manquait d'aides et de tout instrument dilatateur convenable.

E. Avec un malade résolu, très docile, *les doigts d'aides* bien entendus suffisent assurément pour écarter les paupières. Il n'en est pas moins vrai qu'avec l'abaisseur à deux branches de M. Dieffenbach et l'élévateur de Pellier, ou bien avec quelques-uns des autres instrumens du coutelier Charrière, on éprouve moins d'embarras, on agit avec plus de liberté, plus de certitude. Les crochets destinés à écarter

les paupières vers l'angle où l'opération doit être pratiquée, et que M. Cunier a vantés, seraient aussi de quelque avantage, s'ils n'exigeaient pas un plus grand nombre d'aides, s'ils ne compliquaient pas un peu l'opération. Quant au speculum de M. Lusardi ou de M. Cunier lui-même, ils ne sont plus proposables aujourd'hui. Je n'en vois aucun maintenant qui puisse être comparé au bléphareirgon de M. Snowden. Dans mes premières opérations (*Gaz. des hôp.*, 17 sept. 1840), j'appliquais les instrumens sur la peau près des cils, et je refoulais les paupières vers le bord correspondant de l'orbite, au lieu de les mettre en dedans sur la conjonctive ; mais ce procédé, que d'autres ont imaginé ou vanté depuis, n'a pas les avantages que je lui avais trouvés d'abord. Il est moins sûr et aussi douloureux que le procédé ordinaire.

F. Opérer le *malade couché*, comme le veulent MM. Guérin et Sédillot, ne peut être préférable que dans un très petit nombre de cas. Je ne vois pas non plus qu'il y ait utilité, quand il est placé sur une chaise ou sur un sopha, de se tenir assis devant lui, comme le veut M. Dieffenbach. Tous les autres opérateurs ont bien senti que, restant debout, on est plus libre et mieux en mesure de subvenir aux divers besoins individuels de l'opération. Jusqu'ici, nous ne voyons guère de perfectionnement sensible dans le procédé primitif.

G. Je ne crois pas qu'on puisse en dire autant de la substitution des *pinces dentées* aux érignes dans le but de fixer la conjonctive, l'œil ou le muscle lui-même. C'est, je crois, M. Lucien Boyer qui a fait le premier cette substitution. N'ayant pour but que de saisir un pli de la conjonctive, il s'est d'abord servi de pinces à ressort avant d'en venir aux pinces dentées proprement dites. Avec de pareils instrumens, on est plus sûr de l'œil et des tissus saisis, moins ex-

posé à déchirer la membrane, à labourer l'œil qu'en employant les érignes.

H. Voulant *embrasser, du même coup, et la conjonctive et le tendon du muscle* à couper, d'une part, la conjonctive et le corps du muscle lui-même, d'autre part, j'eus bientôt besoin, non plus de simples pinces oculaires dentées, mais de pinces presque aussi fortes que les pinces à dissection ordinaires, de pinces laissant un vide de trois à cinq millimètres près de leur bec, quand elles sont fermées ; de pinces enfin qui fussent terminées par une ou deux dents solides à leur extrémité. Il est certain que, pour fixer l'œil et tous les tissus qu'on veut diviser, ces pinces sont préférables aux autres instrumens proposés jusqu'ici. Je ne doute pas qu'elles ne finissent un jour par faire rejeter absolument les érignes. MM. Bonnet (*ouv. cit.* p. 97), Dufresse, Boinet, les ont déjà adoptées.

I. L'*incision de la conjonctive* peut être pratiquée avec un couteau à cataracte, comme le veut M. Stromeyer, et comme M. Dieffenbach et quelques chirurgiens anglais l'ont fait d'abord, de même qu'elle pourrait presque indifféremment, être effectuée avec le premier petit couteau, le premier bistouri venu. Mais les ciseaux mousses sont incontestablement plus commodes, en même temps qu'ils offrent plus de sécurité. Je dois en dire autant, la conjonctive étant incisée, pour la dissection ultérieure des tissus.

J. L'*isolement du muscle* est possible à l'aide d'un petit canif à pointe mousse, avec l'extrémité de petits ciseaux, ou celle d'un stylet recourbé, comme par le moyen du crochet de Dieffenbach. La pince à écartement employée dans le principe par ce dernier chirurgien, et que M. Lucien Boyer a pro-

posée depuis, pour soulever le muscle et le tendon avant de les couper, est une superfluité qu'on doit oublier.

K. La *division du muscle*, soit qu'on l'ait préalablement soulevé, soit qu'il ait été simplement décollé, est possible, facile même à l'aide du couteau à cataracte, d'un bistouri quelconque, de petits couteaux concaves, de la petite rondache de M. Bonnet, du crochet de M. Andrieux, du stylet tranchant, du bistouri de M. Dieffenbach, de la petite serpette que j'employais dans le principe, ou de celle de M. Doubowitski. Mais elle est et plus facile et plus sûre au moyen de petits ciseaux à pointe mousse. Les tissus à trancher sont trop minces, trop flexibles, pour céder aussi facilement sous le tranchant d'un petit couteau quelconque, qu'entre les lames de bons ciseaux.

L. L'emploi d'une *érigne un peu émoussée* pour accrocher le muscle à travers la conjonctive et l'amener en avant sous forme d'anse, comme je l'ai fait en 1840, permet aussi de pratiquer le reste de l'opération, soit avec un bistouri bien tranchant, soit, ce qui est mieux, avec de bons ciseaux. Mais on a de la sorte un écoulement de sang plus abondant qu'en se servant d'une pince à griffe pour le même temps de l'opération.

M. En employant, comme le conseille M. Andrieux, une *érigne-bistouri*, c'est-à-dire une sorte de crochet tranchant sur la concavité pour remplacer l'érigne de mon premier procédé, on arriverait sans doute quelquefois à diviser la conjonctive et la totalité du muscle d'un seul trait. Mais cet instrument, qui a d'ailleurs l'inconvénient que je reprochais tout-à-l'heure à l'érigne, exposerait trop, en outre, à blesser l'œil, à manquer quelques faisceaux charnus, et ne pourrait pas être assez librement dirigé en haut et en bas, dans le

but de détruire toutes les brides nuisibles, pour mériter d'être adopté généralement.

IV. De toute cette discussion, il résulte :

1° Que le chirurgien doit être libre de suivre un de ces procédés plutôt que l'autre, selon ses goûts ou ses habitudes dans l'opération du strabisme ;

2° Que le tout, en pareil cas, se réduit à un peu de mieux ou de moins bien ;

3° Que le choix entre tant de nuances est plutôt une affaire de goût que de nécessité;

4° Que, néanmoins, le procédé en définitive le plus simple, le plus facile et le plus sûr, est celui auquel je me suis arrêté depuis long-temps, c'est-à-dire le procédé dans lequel le blépharéirgon écarte les paupières, pendant que les deux pinces à griffe embrassent et soulèvent le muscle, à une distance de quatre à six ou huit millimètres, pour permettre à de bons ciseaux droits de couper, ensemble et d'un premier coup, la conjonctive, le muscle, dans sa partie moyenne, et ses aponévroses; des sections secondaires par en haut et par en bas, divisant ensuite tout ce qui peut résister encore.

ARTICLE V.

TRAITEMENT APRÈS L'OPÉRATION.

Deux choses doivent occuper le chirurgien après l'opération du strabisme : prévenir, combattre les accidens, s'il en survient; veiller au maintien et même au rétablissement de la bonne direction de l'œil. Sous ce double point de vue deux doctrines totalement opposées, également mauvaises, ont été professées. Jugeant sur quelques exemples, il est, en effet, des praticiens qui abandonnent totalement leurs ma-

lades après l'opération, et qui ne pensent pas devoir les soumettre au moindre régime, à la moindre précaution, soit hygiénique, soit thérapeutique. On en voit d'autres, au contraire, qui traitent les personnes opérées du strabisme avec une rigueur extrême, comme s'il s'agissait d'éteindre ou de prévenir une ophthalmie grave.

L'observation attentive de plusieurs centaines d'opérés m'autorise à blâmer ces deux manières de faire, en tant que doctrine générale. Les soins que nécessite le malade, eu égard à l'opération du strabisme, sont de deux ordres. Ils se réduisent à l'emploi de moyens très simples, à des précautions faciles à prendre comme traitement préservatif, quand il ne survient rien d'extraordinaire, c'est-à-dire dans l'immense majorité des cas.

Des *lotions d'eau fraîche* quand il fait chaud, d'eau tiède quand il fait froid, suffisent pour toute médication pendant les deux premiers jours. On a soin de nettoyer, d'absterger soigneusement l'œil et le bord des paupières chaque fois que le besoin s'en fait sentir. On conçoit que de l'eau de laitue, de l'eau de rose, de plantain, de bluet, de mélilot, aurait ici la même vertu sans être plus nuisible que l'eau pure. L'eau alumineuse que vante M. Dufresse (*du Strabisme et du Bégaiement*, p. 64) ne convient rigoureusement qu'à une époque plus avancée. Mouiller le linge qui couvre l'œil avec de l'eau froide *toutes les minutes*, comme le veut M. Verhaeghe, est complétement inutile. Les bains de pied le soir, à l'eau simple, au sel et au vinaigre, ou sinapisés, ne seraient utiles que s'il survenait une céphalalgie pénible ou quelque menace de congestion vers la tête. Il est probable que M. Simonin lui-même, qui a employé les bains de pied chez tous ses malades d'abord, n'y a plus recours que rarement aujourd'hui.

A partir du second jour, les lotions émollientes tièdes sont substituées aux lotions d'eau simple. Des sangsues aux tempes, derrière les oreilles, à l'anus, la saignée générale, sont rarement indispensables. J'en dirai autant des laxatifs, des purgatifs, soit en lavement, soit par la bouche, de la diète, du régime débilitant. L'inflammation qui s'établit dans l'orbite, ne portant que sur la conjonctive et le tissu cellulaire du fond de la plaie, reste comparable à la conjonctivite simple de cause extérieure, et n'a, excepté dans quelques cas rares, aucune tendance à gagner la cornée. Il est donc parfaitement inutile de déployer contre elle un grand appareil de ressources thérapeutiques.

Au bout de trois ou quatre jours, le boursouflement, la vascularisation, l'inflammation des tissus blessés sont ordinairement à leur apogée de développement; les résolutifs conviennent mieux alors que les émolliens. L'eau de saturne, la solution faible d'azotate d'argent, la solution de pierre divine, les solutions alumineuses, ferrugineuses, que j'ai essayées avec avantage dans ce cas, m'ont cependant paru moins efficaces que la solution de sulfate de zinc sous forme d'un collyre ainsi composé :

Eau de laitue — de bluet	} àa	60 grammes.
Sulfate de zinc		20 centigrammes.
Mucilage de psyllium		3 grammes.

Quelques gouttes de ce collyre sont instillées matin et soir dans l'angle oculaire, et l'on continue de nettoyer, de décroûter les paupières, plusieurs fois le jour, avec une petite éponge ou un linge imbibé d'eau tiède. Après dix à vingt jours, il est généralement permis de négliger tout médicament et de s'en tenir aux simples moyens de propreté. S'il

était indispensable de continuer le traitement, c'est qu'il serait survenu des complications ou des accidens, dont j'aurai à parler dans un instant.

La question de savoir *s'il faut couvrir* un des yeux afin de le forcer au repos, et, en cas d'affirmative, lequel des deux yeux il convient de couvrir après l'opération, ne me paraît pas avoir été convenablement posée. Chez la plupart des strabiques opérés, les deux yeux doivent être laissés à l'air libre. Que le malade ne fasse rien qui puisse les fatiguer, qu'il garde la chambre sans travailler pendant trois ou quatre jours, qu'il ne se serve ensuite de ses yeux qu'avec ménagement, en évitant tout écart de régime, toute imprudence, et cela suffit ; assez souvent même ces petites précautions sont tout-à-fait inutiles, et le malade continue de travailler sans inconvénient.

Couvrir l'œil malade a l'inconvénient de le rendre plus irritable, sans le préserver mieux des phénomènes inflammatoires. L'empêcher de se mouvoir en différens sens ne ferait que nuire au but qu'on se propose. Les mouvemens ont l'avantage de maintenir la souplesse des tissus, d'empêcher une adhérence trop immédiate des lamelles divisées à la sclérotique.

Le besoin de couvrir l'œil sain ne se fait sentir que dans les cas où, après l'opération, l'œil opéré tend à rester encore un peu dévié. En le chargeant seul de recevoir les images, on le force alors à se tenir vers le centre de l'orbite, à se porter dans le sens des trois muscles droits conservés, sensiblement mieux qu'en le tenant caché sous des compresses ou un bandeau.

ARTICLE VI.

SUITES DE L'OPÉRATION.

Les suites soit immédiates, soit éloignées de l'opération du strabisme, offrent des variétés nombreuses. Nous aurons à passer en revue, sous ce rapport, le redressement incomplet de l'œil et sa déviation en sens opposé immédiatement après la section du muscle; le chemosis et les menaces d'inflammation phlegmoneuse, soit du côté de l'orbite, soit du côté des paupières; une végétation plus ou moins notable du fond de la plaie; la fièvre et quelques perturbations dans les fonctions gastro-intestinales. Comme accidens consécutifs, il faudra tenir compte de la récidive, du strabisme inverse de celui qu'on a détruit, d'une déviation de l'œil en haut ou en bas, de l'exophthalmie, de l'écartement ou éraillure des paupières, de la mobilité inégale des deux yeux, de la diplopie, etc.

§ 1. *Redressement incomplet.*

Tous les praticiens se sont aperçus que, malgré l'opération, l'œil de certains strabiques ne se redresse pas complétement. Le strabisme divergent expose plus à cet inconvénient que le strabisme convergent. On a dit avec raison que cet insuccès pouvait dépendre de la division incomplète du muscle rétracté; mais M. Phillips a prétendu à tort que le redressement incomplet de l'œil tient toujours à cette cause. J'ai souvent vu que la plus petite bride, soit fibreuse, soit celluleuse, soit musculaire, suffit effectivement pour retenir l'œil dans une direction vicieuse, et c'est ainsi que je m'ex-

plique la grande proportion d'insuccès que nous eûmes à Paris dans nos premiers essais. Mais depuis que nous n'avons pas craint d'inciser largement les tissus, depuis qu'il est démontré que les feuillets aponévrotiques qui vont d'un muscle à l'autre concourent au maintien du strabisme, je n'en ai pas moins vu cet inconvénient survenir, et cela quoique je me fusse assuré, à l'aide du crochet-mousse, ou avec le bec émoussé des petits ciseaux, que tout avait bien été tranché sur le côté dévié de l'œil, et quoique plus d'un tiers de la sclérotique fût parfaitement à nu jusqu'au nerf optique.

Une difficulté se présente dès-lors. Si l'on tient à ce que l'œil se redresse positivement, il est indispensable de procéder à la division de quelque autre muscle. Je ne parle, en ce moment, que du strabisme convergent. C'est au muscle grand oblique que plusieurs chirurgiens se sont adressés en pareil cas. Pour moi, je ne l'ai jamais coupé, et je ne connais aucun fait authentique et concluant en faveur de sa division. Là-dessus l'opinion de M. Bonnet ou de M. Phillips me paraît plus juste que celle de MM. Verhaeghe (p. 47) et Gairal *Mém. sur le strabis.* 1840), et de quelques opérateurs ambulans. Je m'en suis tenu à la section du bord des muscles droit supérieur et droit inférieur lorsqu'il m'a semblé utile d'étendre l'opération sous ce rapport.

Je me rends compte de la difficulté, jusqu'à un certain point, de deux manières :

1° Par ce fait que les muscles droits supérieur et inférieur forment chacun un petit ruban large d'environ un centimètre. Deux millimètres seulement de cette largeur représentent l'axe antéro-postérieur de l'œil. Le reste existe nécessairement en dehors et en dedans de ce faisceau médian. N'est-il pas probable que le faisceau interne, devenu congé-

mère du muscle droit interne, se trouve quelquefois contracté de son côté, au point de maintenir alors en partie la difformité, quoique le muscle essentiel de la déviation ait été complétement divisé ?

A l'appui de cette supposition, je puis citer bon nombre de strabiques chez lesquels l'œil ne s'est positivement redressé qu'après la division du tiers ou de la moitié interne des muscles droits supérieur et inférieur ;

2° Une disposition anatomique qui semble n'avoir pas été remarquée jusqu'ici, c'est la brièveté de l'espace qui sépare la racine du nerf optique de la cornée, en dedans. Il est effectivement facile de constater (voir Cunier, *Myot. ocul.*, etc., p. 49. fig. A), qu'une ligne qui prolongerait directement le nerf optique à travers le globe de l'œil en avant, laisserait beaucoup plus de sclérotique en dehors que du côté du nez. Ne peut-il pas en résulter que cet espace naturellement moins grand se soit encore amoindri par défaut de développement chez les individus dont le strabisme est très ancien ? Le muscle droit externe pouvant être, dans ces cas, beaucoup plus long que le droit interne, épuiserait sa force de rétraction avant d'avoir ramené la cornée au centre de l'orbite, et serait incapable de reporter librement l'œil jusqu'à la commissure externe des paupières (1).

(1) Pour la persistance définitive de la déviation, M. Marchal m'a communiqué une explication fondée sur la nature même du strabisme, qui est le résultat d'une contraction spasmodique et non celui d'une contracture avec raccourcissement. Qu'arrive-t-il? Dans la plupart des cas, la division du muscle modifie l'état nerveux et le spasme cesse. Dans d'autres, le spasme persiste et reproduit son effet dès que l'adhésion du bout postérieur à la sclérotique a eu lieu. Telle est l'explication qui m'a été soumise par mon jeune confrère; je crois qu'elle mérite attention.

Que ces explications soient fondées ou non, toujours est-il que, chez quelques sujets, l'œil a continué de se tourner légèrement en dedans, quoique le muscle droit interne et ses aponévroses, quoique le bord correspondant des muscles droit supérieur et droit inférieur eux-mêmes, eussent été positivement et nettement divisés. Je fais abstraction ici des insuccès qui peuvent tenir à des adhérences contre-nature, à des cicatrices, à la paralysie.

Je me hâte d'engager les praticiens qui rencontreront cet inconvénient à ne pas trop élargir la dénudation de l'œil de prime abord; ils s'exposeraient à faire naître soit un strabisme divergent, soit une éraillure des paupières, soit une exophthalmie, pour remédier à un inconvénient qui disparaît quelquefois de lui-même et que l'on peut d'ailleurs attaquer autrement. J'ai vu, en effet, l'œil qui était obstinément resté à un certain degré de convergence pendant l'opération, reprendre, soit dès le lendemain, soit au bout de quatre ou cinq jours, une position complétement droite, sur cinq de mes opérés. Une jeune fille, âgée de seize ans, m'en a encore offert un exemple, le 18 février 1842, à l'hôpital de la Charité. Dans quelques cas, je me suis expliqué le fait, en admettant, pour les muscles, un certain degré de spasme provoqué par l'opération, et qui ne tarderait pas à se dissiper. Chez d'autres malades, il m'a paru incontestable que le boursouflement du tissu cellulaire et de la conjonctive amenait ce redressement en pressant de dedans en dehors contre le globe de l'œil par suite de la résistance qui lui est opposée du côté de l'orbite.

C'est alors, au surplus, que condamner l'œil sain au repos peut être utile, que chercher à rendre opaque la moitié interne d'un verre de lunette qui doit être mis sur l'œil

opéré, en même temps que l'œil sain reste totalement caché, offre quelques avantages. Toutefois les deux seuls moyens véritablement efficaces, en pareil cas, se trouvent dans l'emploi d'un certain genre de compression ou de certaines tractions permanentes exercées sur l'œil.

A. *Compression*.—Des boulettes de charpie, de petites plaques superposées de linge, d'agaric ou d'un emplâtre doux, accumulées en forme de cône sur le grand angle de l'œil, à nu sur l'extrémité des paupières, et fixées là solidement par des arcs en diagonale d'emplâtre de diachylon, ou par des tours de bande convenablement disposées, exercent une compression qui ne permet pas à l'œil de se tourner vers la racine du nez, quand elle est bien faite. Pour cela, il n'est pas nécessaire que l'œil lui-même soit comprimé, il importe même que la compression n'agisse pas sur lui. C'est une digue qu'il convient de lui opposer sous la forme d'un corps fixe et résistant au côté interne de l'orbite.

Parmi les élèves qui m'ont le mieux satisfait dans l'application de ce petit bandage, je mentionnerai surtout M. Gouraincourt. Si cette compression se maintient sans occasionner de gêne, on peut la laisser huit jours en place, et on a rarement besoin de l'employer plus long-temps. On aurait soin de la renouveler, de la réappliquer mieux si elle venait à se déranger ou à occasionner de la souffrance. Quoique facile à comprendre dans son mécanisme, je dois néanmoins prévenir que, mal faite, imprudemment établie, elle deviendrait une cause de boursouflement, d'inflammation de la conjonctive, des paupières et des tissus vasculaires de l'orbite. J'ai déjà dit qu'un jeune élève, qui se croyait bien sûr de l'appliquer utilement, s'y prit de telle sorte qu'il en résulta un érysipèle phlegmoneux de la face, une conjonctivite

des plus violentes avec chemosis, et enfin la fonte purulente de la cornée. Il faut rappeler aussi que ce malade était affecté d'un strabisme divergent avec paralysie incomplète de la paupière supérieure et paralysie commençante des trois autres muscles droits de l'œil.

B. *Anse de fil.* — Comme on peut redresser l'œil en forçant les tractions au moyen de l'érigne ou des pinces, il était naturel de penser qu'un fil passé au travers de la conjonctive ou de la racine du muscle divisé viendrait au secours de l'opération du strabisme. Imaginé d'abord par M. Dieffenbach, importé chez nous par M. Phillips, ce moyen ne m'a pas paru aussi étrange qu'à M. Cunier, et je l'ai mis plusieurs fois en pratique avec succès. S'il s'agit du strabisme interne, on peut s'y prendre de plusieurs façons.

1° Ayant saisi, près de la cornée, la conjonctive et sa doublure cellulo-fibreuse, au moyen de ma pince à griffe, je passe au travers du pli ainsi pincé une petite aiguille armée d'un fil double dont je fais aussitôt une anse; il ne reste plus qu'à fixer ce fil du côté de l'oreille sur le bonnet du malade ou quelque autre objet (1), pour que l'œil soit arrêté aussi près qu'on le désire de l'angle temporal de l'orbite.

2° Ayant accroché la racine du tendon coupé, ou le plus de lamelles possible des tissus laissés à la surface de la sclérotique, j'y place l'anse de fil comme dans le cas précédent, et je viens la fixer au-dessous de la pommette et en dehors, ou bien au-dessus du sourcil. En dehors directement le fil frotterait contre la cornée et compromettrait la transparence de cette membrane. Pour empêcher toute bles-

(1) Dans une opération à laquelle il assistait, M. Marchal eut l'idée avantageuse de faire fixer les fils autour de l'oreille elle-même.

sure des paupières ou de l'œil, on a d'ailleurs la ressource des petites plaques de linge ou d'agaric, des rouleaux de charpie ou de diachylon, tenus sous le fil sur un des points de la circonférence de l'orbite en manière de poulie de renvoi.

La difficulté consiste ici à maintenir les tractions exercées par le fil au degré convenable tout le temps nécessaire. On triomphe cependant de cette difficulté avec des soins et de l'attention. Il faut, en outre, que l'œil n'ait pas besoin d'être tiré de la sorte au-delà de deux à cinq jours, attendu que les tissus embrassés par le fil se laissent presque toujours couper alors.

Si aucune de ces précautions, qui sont également applicables, mais en sens inverse, au strabisme divergent, n'a réussi, on renonce à tout traitement. Plus tard on retrouve la question de savoir s'il convient ou non d'opérer une seconde fois le malade.

§ 2. *Œil trop dévié en dehors.*

Dire que l'œil s'échappe brusquement du côté de la tempe à l'instant où l'on divise le muscle droit interne, est une assertion hyperbolique à proscrire du langage sérieux de la science. Mais il est vrai que, dans certains cas, une apparence de strabisme divergent tend à s'établir dès le lendemain de l'opération. Ici, je ne voudrais pas qu'on songeât de prime abord à diviser le muscle droit externe. Chez quelques malades opérés par moi, et auxquels je n'ai rien fait de particulier, j'ai vu cet état disparaître, et l'œil revenir plus ou moins vite à la position droite. Bien que la compression dont j'ai parlé plus haut, convienne également à ce cas, de même que pour compléter le redressement de l'œil après la section du droit

externe dans le strabisme divergent, il faut cependant convenir qu'elle y est moins efficace que contre la déviation opposée. Par contre, l'emploi du fil sans exercer des tractions sur l'œil, y est plus facile et d'un effet plus certain que dans l'autre cas. Effectivement, l'anse passée près de la cornée au travers des tissus qui couvrent la sclérotique, trouve une poulie de renvoi toute naturelle dans le dos du nez, sur le côté opposé duquel il est très aisé de la fixer.

§ 3. *Autres accidens de l'opération.*

A en croire les antagonistes de l'opération du strabisme, des accidens nombreux seraient arrivés aux malades dont on a essayé de redresser les yeux. Qu'il soit arrivé, par gaucherie de l'opérateur ou par l'extrême indocilité du malade, de *labourer la cornée avec l'érigne* ou les crochets, qu'on ait *enfoncé* par mégarde *la pointe du couteau dans le globe* de l'œil, cela est possible, mais cela n'appartient point à l'opération. Il serait étrange d'admettre une opération comme dange-r use par cela seul qu'un chirurgien imprudent ou maladroit la pratique de travers, en dehors de toute règle. A ce compte, il faudrait rejeter de la pratique toutes les opérations imaginables, jusqu'à l'application d'un cautère, puisqu'il peut arriver qu'au lieu d'être mise sur le point convenu, la potasse soit appliquée sur un organe important. Ainsi les blessures de la cornée, la perforation de la sclérotique, les hémorrhagies, dont un exemple bizarre a été rapporté dans les journaux de Londres, la névralgie (1), ne font point, en réalité, partie des accidens de l'opération du strabisme.

(1) Dufresse, p. 65.

§ 4. *Inflammation.*

Quant à l'*inflammation*, elle survient à des degrés très variés. Chez bon nombre d'opérés, elle a été si légère qu'au bout de huit jours, il n'en était plus question. En général, elle est caractérisée par un boursouflement qui ne porte guère que sur la moitié interne de l'œil et notamment sur les bords de la plaie. Prenant une teinte grisâtre, puis rouge, se mêlant aux filamens, aux lamelles celluleuses du fond de la plaie, les bords de la conjonctive forment bientôt du côté de la commissure interne des paupières, une sorte de plaque fongueuse inégale, mamelonnée, qui pourrait inquiéter au premier abord, mais qui n'est le siège que de très peu de douleur, et ne provoque presque jamais de réaction générale. Peu-à-peu, et sous l'influence du traitement que j'ai indiqué, cette plaie bosselée se déterge, se régularise et se cicatrise.

Chez quelques rares malades qui ont commis des imprudences, comme de ne rien changer à leur genre de vie et d'occupation, l'inflammation peut aller plus loin, se compliquer d'un chemosis complet, de céphalalgie, de réaction fébrile, de troubles du côté des entrailles. La cornée pouvant être envahie si un pareil état augmentait, c'est alors que la saignée générale, que les sangsues, les bains de pied, les laxatifs, que la médication débilitante, en un mot, doit être mise en pratique.

§ 5. *Polype de l'angle oculaire.*

Une suite de l'opération du strabisme qui a dès le principe causé quelque inquiétude au malade et aux opérateurs, est la formation d'une sorte de tumeur rougeâtre sur le fond de

la plaie. Cette petite tumeur, déjà mentionnée par M. Verhaeghe (p. 53), a été observée depuis par tous les praticiens qui ont adopté la méthode par dissection des tissus. C'est une production rougeâtre qui, simple végétation en forme de fongosités à son début, revêt par degrés l'aspect et la consistance d'un petit polype muqueux analogue aux polypes qui se montrent quelquefois à la face interne des paupières ou au grand angle de l'œil, dans toute autre circonstance. On ne s'en aperçoit guère qu'à partir du huitième ou du douzième jour. C'est même en général plus tard encore qu'elle s'isole de la sclérotique, qu'elle s'étrangle à sa racine, qu'elle devient franchement pédiculée.

Ce petit polype ne cause d'ailleurs aucune souffrance et gêne à peine les malades. Il entretient seulement un certain degré de purulence, de conjonctivite, de blépharite, qui tiennent l'œil chassieux et l'empêchent de reprendre complétement sa coloration, ses mouvemens normaux. D'un volume qui varie depuis le volume d'un grain de groseille jusqu'à celui d'un pois ou d'une petite noisette, cette tumeur, qui donne l'idée d'une cerise ou d'une fraise dans le coin de l'œil, ne se montre pas chez tous les sujets. Un tiers des malades que j'ai opérés en a été exempt. Il est rare de l'observer quand on opère pour un strabisme externe, ou après la section des muscles droit supérieur, droit inférieur et obliques. Il n'y a guère que la section du muscle droit interne qui la produise.

On a expliqué diversement la cause de cette végétation. Au début, quelques personnes pensèrent, et d'autres ont encore admis depuis, qu'elle était produite par les restes de l'extrémité antérieure du muscle divisé. On a cru ensuite qu'en s'agglomérant, en se boursouflant, les lambeaux de la con-

jonctive lui servaient de trame ou de point de départ ; mais j'ai constaté que de telles suppositions étaient dépourvues de fondement. Ainsi les malades auxquels j'ai excisé avec le plus de soin la conjonctive jusqu'auprès de la cornée, m'ont offert ce bourgeon en aussi forte proportion que les autres. Pendant un temps, j'ai enlevé, en rasant autant que possible la sclérotique, le tendon du muscle droit, après la division du muscle, sans éviter pour cela le développement du bouton. Il suffit, au surplus, pour se convaincre que la conjonctive et la racine du muscle coupé y sont étrangers, de remarquer le siége précis du pédicule de la végétation, puisque c'est toujours sensiblement plus en arrière qu'il se rencontre.

Un examen attentif du fait me permet de dire que la végétation polypeuse qui survient dans le grand angle de l'œil après l'opération du strabisme s'établit par le mécanisme suivant :

En même temps que les bords de la conjonctive et des aponévroses divisées se boursouflent, le tissu cellulaire lamelleux, qui tapisse la sclérotique, se vascularise et se ramollit un peu. Toute la surface traumatique, qui se dégorge petit à petit, ne tarde pas à se cicatriser de la circonférence au centre. Le contact des paupières, qui exerce une compression permanente sur une grande portion de cette plaie, en laisse une autre tout-à-fait libre au voisinage de la caroncule lacrymale. Les mouvemens continuels de l'œil font à leur tour que tout le tissu cellulaire *vascularisable* se ramasse en quelque sorte, repoussé qu'il est par les compressions voisines, derrière la portion droite du bord libre des paupières, où il forme le noyau du polype en question.

Quoi qu'il en soit de son origine, cette tumeur, fréquem-

ment observée chez les malades de M. Dieffenbach, de MM. Verhaeghe, Phillips, Dufresse, et de tous les chirurgiens qui ont opéré par dissection, n'est en réalité qu'un inconvénient léger de l'opération. Abandonnée à elle-même, elle disparaît quelquefois sans secours; seulement elle peut durer alors un certain nombre de mois. Il est possible, en outre, d'en arrêter le développement, de l'éteindre même avant qu'elle soit pédiculée, en la touchant trois ou quatre fois en dix jours, avec le crayon d'azotate d'argent. Toutefois, la pratique qui m'a le mieux réussi, consiste à lui donner le temps de se pédiculer tout-à-fait, de ne s'en occuper qu'au bout de trois semaines ou un mois. Rien n'est simple et facile comme sa destruction. Des ciseaux mousses, droits ou courbes, en embrassent sans peine la racine entre les paupières qu'un aide tient modérément écartées pendant que le malade tourne l'œil en dehors. On l'enlève ainsi sans causer la moindre douleur, sans obliger ensuite à aucune précaution, à aucune médication particulière. Je l'ai vue dans les premiers temps reparaître deux et jusqu'à trois fois, parce qu'on avait cru devoir l'exciser avant qu'elle fût convenablement pédiculée. La toucher avec la pierre infernale, dans les huit ou dix premiers jours, si elle se montre sous forme d'un petit cône; la laisser, l'attaquer par des collyres astringens pendant trois ou six semaines, lorsque les opérés sont ou très indociles ou très pusillanimes; l'exciser d'un coup de ciseaux du quinzième au trentième jour dans les autres cas, voilà ce que réclame de plus rationnel la petite végétation dont il s'agit. J'ajouterai qu'elle s'enlève mieux avec les ciseaux seuls glissés au-dessous, que si, avant de la couper, on cherchait à l'accrocher, soit avec une érigne, soit avec des pinces, et qu'une fois excisée, il est tout-à-fait inutile d'en cautériser la racine.

Je l'ai constamment enlevée aux malades qui en étaient affectés, partout où ils sont venus me la montrer, dans la cour de l'hôpital, à la salle de consultation, comme à l'amphithéâtre, comme dans mon cabinet, comme dans leurs propres appartemens. C'est, en un mot, une petite opération moins sérieuse encore que celle qui aurait pour but d'arracher un cil dévié, et qui ne mérite certainement pas d'être mise au nombre des suites fâcheuses de l'opération du strabisme.

ARTICLE VII.

INCONVÉNIENS DE L'OPÉRATION.

J'ai déjà dit que l'opération du strabisme était par fois suivie de diplopie, d'écartement anormal des paupières, d'exophthalmie, de changemens dans la mobilité de l'œil; il faut joindre encore à ses inconvéniens l'affaissement ou la disparition de la caroncule lacrymale.

§ 1. *Diplopie.*

Un bon nombre de personnes voient double après avoir subi l'opération du strabisme. L'explication de ce fait n'a point encore été donnée d'une manière satisfaisante. On comprend bien que ceux qui louchent voient double, puisque l'axe des yeux doit se croiser chez eux sous un angle plus ou moins aigu au lieu de rester parallèle; mais, après l'opération, quand les yeux sont redressés, on ne voit plus la raison de la diplopie. Si le trouble de la vision n'avait lieu que, quand l'œil, se tournant trop en dehors, en haut ou en bas, cesse d'être en rapport avec la direction de son congénère, on le comprendrait encore; mais je me suis assuré plusieurs fois, en faisant regarder les malades directement devant eux

qu'il se maintenait malgré la direction tout-à-fait parallèle des deux yeux.

Quoi qu'il en soit, cette diplopie, que d'autres ont attribuée au défaut d'habitude de l'œil nouvellement mis à même de fonctionner, se montre en général aussitôt après l'opération. Le plus souvent, elle se maintient en augmentant, ou du moins, sans diminuer, pendant huit à quinze jours, pour s'amoindrir ensuite et disparaître absolument dans l'espace de trois semaines à un mois. Un seul de mes opérés en est resté tourmenté d'une manière définitive; c'était un homme âgé de cinquante ans, auquel j'avais coupé successivement les muscles droits interne et externe des deux côtés. Cet homme est revenu à l'hôpital au mois de décembre 1841, avec un strabisme convergent de l'œil droit. J'espérais le guérir de sa diplopie en redressant l'œil par une section nouvelle du muscle droit interne. Or, il est positif que, malgré la cessation du strabisme, la diplopie a persisté. Je reviendrai sur ce fait à l'occasion de la myopie et du nystagmus. Au demeurant donc, la vue double, après l'opération du strabisme, ne mérite ni qu'on s'en occupe, ni qu'on s'en inquiète sérieusement.

§ 2. *Écartement des paupières.*

A peine indiqué par les premiers opérateurs, l'écartement anormal, l'espèce d'éraillure des paupières chez les sujets opérés du strabisme, a souvent été signalé dans ces derniers temps par les praticiens français. M. Phillips est un de ceux qui l'on mentionné avec le plus d'insistance d'abord. M. Lenoir, M. Dufresse l'ont aussi étudié avec soin. Je ne l'ai observé chez aucun de mes opérés, si ce n'est comme complication de l'exophthalmie. Mais, j'en ai vu quelques

exemples chez des malades opérés par d'autres. Quand cette éraillure existe des deux côtés au même degré, comme on l'a vu chez quelques strabiques opérés des deux yeux, elle ne mérite pas de fixer l'attention. Si, comme il arrive le plus souvent, l'un des yeux en est seul affecté, cela constitue une difformité fort désagréable. Tout indique qu'une dissection trop étendue des aponévroses sous-conjonctivales, qu'un débridement trop large des diverses lames qui unissent les paupières à l'œil, en sont la véritable cause. Je ne sais si le soin que j'ai toujours pris d'inciser la conjonctive beaucoup plus près de la cornée que de la caroncule n'explique pas pourquoi je n'ai jamais vu cette éraillure survenir, tandis que M. Phillips et deux autres chirurgiens qui, comme lui, incisent beaucoup plus près de la circonférence de l'orbite, en ont observé tant d'exemples.

Les moyens proposés pour remédier à l'écartement anormal des paupières, ne sont d'ailleurs rien moins que satisfaisans. La compression, maintenue quelque temps sur tout le devant de l'orbite, comme le veut M. Dufresse, ne réussira certainement que par exception. L'espèce d'opération nouvelle, de suture, mise en pratique par quelques chirurgiens spéciaux, ne fait disparaître la difformité première qu'au prix d'une autre difformité pour le moins aussi désagréable. C'est donc à la prévenir qu'il convient surtout de s'attacher dans l'opération du strabisme.

§ 3. *Exophthalmie.*

La *saillie de l'œil* est un autre inconvénient réel de l'opération du strabisme. Elle est quelquefois si considérable que les malades semblent être affectés d'une véritable buphthalmie. J'ai vu, entre autres, un jeune homme opéré quelques

mois auparavant par un M. Baudens, et dont l'œil, d'ailleurs tourné en dehors, semblait avoir doublé de volume, être sorti de la tête. Chez la plupart des autres, sans être aussi considérable, cette saillie de l'œil n'en constitue pas moins une difformité pour le moins aussi choquante que le strabisme lui-même. Je ne l'ai observée, en ce qui concerne mes opérés, que chez ceux dont la déviation me parut exiger la section de plusieurs muscles. Ainsi une femme âgée de cinquante-deux ans, affectée d'un strabisme convergent double depuis son enfance, n'eut les yeux redressés qu'après la section du droit interne, du droit supérieur et du droit inférieur de chaque côté. Or, cette femme, qui avait les yeux très enfoncés dans l'orbite avant l'opération, les a maintenant à fleur de tête ; mais comme ils sont égaux, on peut dire qu'elle a plutôt gagné que perdu à ce changement. La même chose est arrivée à un garçon qu'il fallut opérer aussi d'une double cataracte congénitale, et qui est resté long-temps à titre de serviteur dans les salles de l'hôpital. Un garçon marchand de vins, gros et gras, m'a offert un troisième exemple du même fait avec la circonstance fâcheuse que ses yeux, déjà trop proéminens dans le principe, font aujourd'hui un relief fort désagréable sur son visage. Hors de là, je n'ai vu l'exophthalmie s'établir d'une manière appréciable d'un seul côté que chez deux ou trois de mes opérés. Je ne l'ai jamais aperçue qu'à un faible degré chez ceux dont je n'ai divisé qu'un seul muscle, soit seul, soit avec les toiles fibro-celluleuses du voisinage.

L'exophthalmie est une suite d'autant plus fâcheuse de l'opération du strabisme, qu'elle est à-peu-près irremédiable. Peut-être la réprimera-t-on dans quelques cas à l'aide d'une compression bien faite établie par-dessus les paupières,

comme le veut M. Dufresse, avant que les adhérences des muscles divisés soient rétablies. Je ne doute pas non plus que par l'espèce de suture palpébrale proposée successivement par MM. Rognetta, Guérin (1), etc., on ne parvienne à la masquer en partie; mais, pour peu qu'elle soit considérable, ces moyens ne la détruiront pas tout-à-fait, et la suture, opération pour le moins aussi délicate pour le chirurgien, aussi pénible pour le malade, que l'opération du strabisme, entraînerait de son côté un changement manifeste dans l'état des paupières, une nouvelle difformité, sans effacer complétement l'exophthalmie. La suture, après excision de la conjonctive dans l'angle oculaire, telle que M. Cunier (*Suppl.*, p. 311) la prescrit, ne me rassure pas davantage. C'est donc un point de pratique qui mérite de nouvelles recherches.

§ 4. *Immobilité, fixité de l'œil.*

Les yeux qui ont subi l'opération du strabisme conservent souvent de la gêne, de l'incertitude, de l'inégalité dans leurs mouvemens. *A priori* on s'était même imaginé que les mouvemens de l'œil, dans le sens du muscle divisé, seraient complétement abolis par l'opération. Démentie aujourd'hui par l'expérience, d'une manière générale, cette crainte n'en a pas moins été justifiée dans quelques cas. Du reste, j'ai constaté, sur un grand nombre de malades, un fait auquel on eût été loin de s'attendre, et qui est, en effet, assez surprenant. C'est que, le muscle droit interne étant parfaitement divisé, ainsi que les feuillets fibro-celluleux qui l'unissent au muscle droit supérieur et inférieur, l'œil continue de pouvoir se porter en dedans ou du côté du nez, im-

(1) Cunier, dernier supplém. (*Annales d'oculist.*, p. 310).

médiatement après l'opération. Ayant remarqué ce fait sur un certain nombre d'opérés, quand il m'était impossible de le retrouver chez d'autres, et m'étant demandé à quoi peut tenir cette différence, je suis arrivé à conclure que plus le strabisme est ancien, plus il y a de chances de l'observer. Je me l'explique en admettant que la portion interne des muscles droits supérieur et inférieur, participant à la rétraction du muscle droit interne, agit de manière à tenir lieu du muscle divisé, et à ce que la déviation persiste.

Mettant de côté toute espèce d'explication ou de théorie, je dirai du moins que, très manifeste dans quelques cas, ce mouvement est tout-à-fait impossible dans d'autres, qu'il existe souvent dans les cas très anciens, et qu'il est rare chez les sujets dont le strabisme ne date que de quelques années. On aurait tort, au surplus, de se préoccuper beaucoup de son existence ou de son absence dans le principe. Il n'empêche nullement le succès de l'opération quand il survient, et il finit presque toujours par s'établir à la longue quand il ne s'est pas montré d'abord. S'il est vrai qu'il tienne à l'action des rubans internes des muscles droits supérieur et inférieur, on conçoit que la rectitude de l'œil n'en sera point empêchée et que le muscle divisé n'en perdra pas moins sa longueur primitive. Lorsqu'il ne se montre pas sur-le-champ, le muscle coupé, récupérant au bout d'un certain temps son action sur le globe de l'œil par l'intermédiaire des tissus fibro-celluleux, ne manque point de le rétablir. Aussi ai-je vu presque tous mes malades pouvoir porter, à partir du premier ou du second mois, le globe de l'œil dans toutes les directions, comme avant l'opération. Il est cependant vrai que cette mobilité complète de l'œil manque quelquefois.

J'ai vu des opérés dont l'œil s'arrêtait brusquement au milieu de l'orbite, sans qu'il fût possible de lui faire dépasser en dedans la ligne antéro-postérieure. C'est surtout ceux dont le globe oculaire avait été largement dénudé ou auxquels on avait été forcé de couper plusieurs muscles, qui m'ont offert cet inconvénient. J'en ai même vu qui, ayant eu les muscles droits interne et externe divisés, restaient avec l'œil presque immobile au centre de l'orbite, sans pouvoir le porter, soit en dedans, soit en dehors.

Lorsqu'une pareille immobilité existe des deux côtés et qu'elle est très prononcée, il en résulte quelque chose de hagard, de fort étrange dans la physionomie; le malade est obligé de tourner la tête à droite ou à gauche comme un mannequin, pour saisir l'image des objets, et il a quelque chose de terne, d'inorganique dans la figure. S'il n'y a que l'un des deux yeux de pris, il en résulte une discordance également très désagréable. Seulement on ne s'en aperçoit que dans les actions qui obligent le malade à regarder de côté. Alors, en effet, l'œil sain se tourne librement dans le sens convenable, tandis que l'œil opéré reste fixe et ne met point son axe d'accord avec celui du précédent. Il suffit de se rappeler que chez les individus bien conformés, les deux yeux marchent toujours ensemble, se tournent constamment à-la-fois vers le même objet, pour comprendre que, si l'un d'eux reste moins mobile que l'autre, il en résultera quelque chose d'indécis, d'inégal, de singulier dans l'expression physionomique de la personne. Or, c'est justement là ce qui se voit souvent après l'opération du strabisme et ce qui est même presque inévitable, du moins à un faible degré. On conçoit, en effet, que les attaches nouvelles du muscle divisé sont nécessairement un peu plus ou

un peu moins rapprochées de la cornée, un peu plus ou un moins déviées, soit par en haut, soit par en bas. Ce point d'attache étant décidé par les mouvemens naturels de l'œil, par le volume, la force de rétraction, la contractilité spéciale du muscle divisé, le degré de laxité ou d'inflammation des lames cellulo-fibreuses qui doivent le rattacher à la cornée, reste presque complétement en dehors de la puissance du chirurgien.

J'ajouterai néanmoins que chez la plupart des opérés, cette raideur, cette brièveté des mouvemens de l'œil échappent aux yeux de la foule, et que, pour les constater, il faut y regarder d'assez près, provoquer des mouvemens en divers sens des deux organes ensemble.

Lorsqu'un muscle seul a été coupé, la fixité dont je parle est généralement très légère, et finit presque toujours par disparaître à-peu-près entièrement. Après la section de deux, de trois muscles, elle est, au contraire, en général, très prononcée et se complique souvent d'exophthalmie, d'éraillure palpébrale et de quelques déviations nouvelles de l'organe.

Il ne semble pas que la chirurgie puisse attaquer utilement cet embarras des mouvemens de l'œil après l'opération du strabisme. Aller à la recherche du muscle divisé pour l'isoler des autres tissus et le ramener sur un point différent de la sclérotique, comme on l'a proposé, n'est point une opération à vanter sérieusement. Elle serait d'abord plus difficile et plus dangereuse que l'opération du strabisme proprement dite, et tout indique qu'elle ne réussirait que par hasard, que le plus souvent elle empirerait l'état des malades. Les moyens préventifs sont, en conséquence, les seuls auxquels il faille songer à cette occasion, comme pour l'exophthalmie, comme pour l'écartement des paupières.

J'ai contracté l'habitude, pour atteindre ce but, de faire attention à deux choses : 1° de ne débrider l'aponévrose que dans l'étendue strictement nécessaire au-dessus et au-dessous du muscle divisé ; 2° de ne permettre à l'œil opéré que des mouvemens légers pendant les premiers jours, de l'empêcher en le couvrant, pour peu que j'en redoute l'immobilité, de se porter dans le sens opposé au muscle tranché. Ajoutons que l'état des malades, ainsi tourmentés, s'améliore pendant un certain nombre de mois, et que c'est un des inconvéniens pour lesquels on peut attendre beaucoup du bénéfice du temps.

§ 5. *Altération de la caroncule lacrymale.*

Plusieurs praticiens ont parlé d'une difformité qui résulterait de l'absence de la caroncule lacrymale après l'opération du strabisme. L'œil alors paraît plus gros d'un côté que de l'autre, reste largement dépouillé dans un sens, tandis que la conjonctive le couvre en entier dans le second. L'angle interne de l'un des orbites est rendu ainsi beaucoup trop creux, inégalité choquante qu'il serait heureux de pouvoir éviter. Il m'a semblé que certains procédés en étaient plus souvent suivis que d'autres. A Paris, par exemple, je l'ai souvent observée chez les malades opérés par MM. Phillips, Amussat, L. Boyer, et plus souvent encore chez ceux qui étaient passés par les mains de ce M. Baudens, qui opère *toujours avec succès*. Ne l'ayant rencontrée que par exception chez les miens, j'en ai conclu que le procédé de M. Stromeyer, avec les nuances que lui ont fait subir MM. Phillips, Amussat et d'autres, y exposait avant tout. M. Simonin, qui, comme moi, incise la conjonctive fort en avant de la caroncule lacrymale, ne paraît point l'avoir ren-

contrée, et je vois que les chirurgiens anglais, qui agissent de même, ne l'ont pas signalée non plus.

C'est, du reste, un inconvénient assez manifeste pour que des procédés aient été imaginés dans le but unique de l'éviter. Ainsi, dans un procédé à lui pour l'opération du strabisme, M. Boyer propose de faire une ouverture à la conjonctive au-dessus et au-dessous du muscle, puis d'aller par là couper celui-ci derrière la membrane tégumentaire, comme sous un pont, afin de laisser une bride intacte, de cette membrane, allant de la racine du nez vers la circonférence de la cornée. M. Guérin donne également comme un avantage de son procédé l'absence de toute difformité de la caroncule lacrymale, après l'opération.

On s'en est probablement laissé imposer ici par quelque fausse interprétation des faits. Lorsque la conjonctive est saisie sur le tendon du muscle par une pince, et qu'on a soin de refouler cette membrane en dedans avec l'autre pince, elle se trouve divisée dans un point tellement libre, que la caroncule subsiste parfaitement intacte après l'opération, et que la guérison, une fois établie, il ne reste dans l'angle de l'orbite qu'une dépression très peu marquée. Je ne crois donc pas que la suture de la conjonctive proposée par M. Cunier soit véritablement nécessaire en pareil cas, pas plus que les précautions de MM. Guérin et Boyer.

ARTICLE VIII.

ÉTAT DES PARTIES APRÈS L'OPÉRATION.

Il était curieux de constater l'état des tissus contenus dans l'orbite au bout de quelque temps, chez les individus opérés du strabisme. Trois opinions pouvaient être émises

sous ce rapport en l'absence des faits : 1° On a pu penser que le corps du muscle raccourci, rapproché de son attache profonde, allait se fixer et contracter de nouvelles adhérences, se transformer, par sa portion devenue libre, en un tendon nouveau qui se fixerait sur un point plus ou moins reculé de la sclérotique; 2° d'autres ont pensé qu'un tissu nouveau s'établirait entre les deux bouts de la division, de manière à en rétablir la continuité tout en lui donnant une longueur plus grande. 3° M. Phillips, entre autres (*Ténotomie sous-cutanée*, etc.), adoptant le dire de M. Stromeyer, prétend qu'après l'opération, le muscle cessant d'être raccourci par le spasme, revient par une sorte d'élongation se fixer près de ses anciennes attaches. Aucune de ces opinions n'est absolument vraie, et celle de M. Stromeyer (Verhaeghe, p. 49 et 50) ne peut être qu'une inadvertance échappée à la plume de l'auteur.

L'orbite de quelques sujets qui ont succombé par suite de maladies étrangères aux maladies de l'œil, depuis qu'on s'occupe de l'opération du strabisme, a montré que, une fois divisé, chaque muscle de l'œil se retire de plus en plus en arrière, pendant une semaine ou deux, que les feuillets cellulo-fibreux ou les aponévroses qui en tapissent les faces se rapprochent, se durcissent en s'épaississant, prennent peu-à-peu la forme d'un ruban, d'une sorte de petit tendon aplati qui, en s'insérant sur la sclérotique, vers l'extrémité du diamètre transversal de l'œil, se continue en avant avec l'aponévrose sous-conjonctivale, qui finit par se rétablir en partie, et, en arrière, avec l'aponévrose oculaire proprement dite. Cette sorte de tendon nouveau n'arrive point jusque sur la place du tendon ancien, mais les lamelles qui le constituent se comportent d'ailleurs, à la distance de la cornée près, comme

le faisaient les couches aponévrotiques de la gaîne musculaire primitive. C'est évidemment ainsi que les choses s'étaient passées sur les trois sujets que j'ai pu observer, sur ceux que M. Bouvier a présentés à l'Académie, et sur quelques autres dont on a publié l'histoire en Angleterre. On s'explique de la sorte la variété, la force et le rétablissement des mouvemens de l'œil, lorsque l'opération n'a éprouvé aucun trouble dans ses suites.

Toutefois, si les choses se passent généralement comme je viens de le dire, il y a aussi des cas où elles se présentent sous un autre aspect. Si l'inflammation a été très vive, si le bout du muscle s'est trop promptement réappliqué sur le globe de l'œil, il est possible qu'une réunion immédiate s'établisse entre sa coupe franchement charnue et le tissu cellulaire qui tient à la sclérotique. Deux malades chez lesquels la plaie s'était réunie complétement en vingt-quatre heures, et chez lesquels je pratiquai de nouveau l'opération au bout de huit jours, m'ont offert chacun un exemple de cette espèce. Sur une pièce disséquée par M. Lenoir, deux mois après l'opération, le muscle droit interne, qui avait été divisé, adhérait à la sclérotique par sa substance charnue et non par un tendon aplati, comme s'y attachaient les deux autres muscles droits et les deux muscles obliques. Aussi y avait-il eu récidive chez le sujet dont on avait tiré cette pièce.

Quant aux nerfs, aux vaisseaux et aux diverses parties annexes de l'œil, ils ne subissent en réalité aucun changement digne d'être noté.

ARTICLE IX.

CONTRE-INDICATIONS.

Dès que l'opération du strabisme fut instituée, elle rencontra des enthousiastes pour l'appliquer à tous les cas indistinctement, en même temps que des antagonistes pour la proscrire absolument. Mais il était aisé de voir que ces opinions extrêmes ne pouvaient venir que d'esprits irréfléchis, d'une grande ignorance de la nature des faits, ou de calculs extra-scientifiques. Les hommes sensés ne tardèrent pas à étudier froidement la matière et à se convaincre que l'opération du strabisme rencontrait effectivement des contre-indications dans la pratique. Là-dessus quelques chirurgiens ont, du reste, établi des distinctions qui ne m'ont pas paru fondées de tous points.

M. Cunier (*Myotom. ocul.,* etc., p. 39), qui ne voulait d'abord de l'opération du strabisme que dans les cas de *strabisme* permanent, a nécessairement été obligé d'abandonner cette doctrine.

Une division qui a semblé d'abord plus naturelle, quoiqu'elle le soit moins en réalité, est celle qui établit un strabisme *musculaire* et un strabisme *optique*. On observe, en effet, des malades dont l'œil se dévie parce que les rayons lumineux ne peuvent plus arriver sur la rétine par leur axe naturel. Ainsi, que des taches, des cicatrices, se soient établies sur la cornée, au point de masquer une portion plus ou moins étendue de la prunelle, et l'œil finira souvent par se dévier dans le sens de la tache pour mettre autant que possible le reste de sa pupille en face de la lumière. La même chose s'effectue lorsque, par suite d'une maladie, d'une lésion quelconque, la pupille se rapproche de la circonfé-

rence de l'iris, au lieu de se maintenir dans le centre de cette membrane. On comprend enfin que cette déviation doit être possible dans tous les cas qui forcent la cornée à se présenter de côté pour recevoir les rayons lumineux. C'est à cette classe de déviations qu'on peut donner, avec M. Guérin, le titre de strabisme optique.

Après en avoir étudié le mécanisme, quelques personnes ont cru que ce genre de strabisme ne devait pas être attaqué par l'opération. On s'est fondé, en établissant une pareille proscription : 1° sur ce que, loin d'être un inconvénient, la déviation de l'œil était alors un bienfait de l'organisme ; 2° sur ce que l'organe ne manquerait pas de reprendre sa déviation primitive après l'opération. Ici, comme dans une foule d'autres questions, les préventions théoriques ont été bientôt annulées par la pratique. Il est d'abord tout-à-fait faux de dire que le strabisme optique tend à se produire chez tous les sujets affectés de taches de la cornée au voisinage de la pupille, de déplacement de cette ouverture. J'ai vu par centaines, et tous les médecins ont l'occasion chaque jour de constater le même fait, des malades affectés depuis longues années d'albugo, de leucoma, d'opacités diverses de la cornée, couvrant un quart, un tiers, les deux tiers, les quatre cinquièmes même de la pupille, et qui n'en conservent pas moins des yeux parfaitement droits. Il en est de même de ceux qui ont la pupille placée de côté, soit par le fait d'une opération de cataracte, soit par suite d'un accident ou d'une maladie, soit par le bénéfice d'une opération de pupille artificielle.

J'ai opéré bon nombre de sujets dont la cornée se trouvait dans l'état dont je viens de parler, et je puis affirmer que le redressement de leurs yeux s'est tout aussi

bien maintenu que chez les autres. L'opération ne m'a présenté chez eux aucune difficulté particulière, aucun embarras, aucune suite sérieuse, aucune tendance à la récidive, que je n'eusse rencontrés ailleurs.

La seule raison qui pourrait arrêter en semblable circonstance, est celle-ci : l'amélioration de la vue amenée par la déviation de l'œil, est-elle assez manifeste pour compenser l'inconvénient du strabisme? Si le malade ou ceux qui l'entourent répondent par l'affirmative, il convient de renoncer à toute opération. Dans le cas contraire, on doit procéder au redressement de l'œil, absolument comme si la pupille et la cornée étaient à l'état normal. Les déviations survenues par suite du déplacement des parties transparentes de l'organe, ne sont en réalité que d'un très léger avantage eu égard à la vision. Le strabisme porté très loin forme toujours, au contraire, une difformité extrêmement disgracieuse; il est donc tout simple que cette catégorie de malades demande à être opérée comme les autres, et que le chirurgien ne range plus le strabisme *optique* parmi les contre-indications de l'opération.

Strabisme fixe.

L'exploration des personnes affectées de strabisme a besoin d'être faite avec soin. Si l'on se contentait d'un examen superficiel, on croirait souvent que l'œil louche reste immobile dans le sens de sa déviation, et qu'il ne peut pas abandonner le point de l'orbite vers lequel il tend à se cacher. On aurait ainsi une proportion considérable de strabismes fixes qui sont, au contraire, fort rares. Pour éviter la méprise, il suffit de fermer l'œil sain, de forcer le malade à se servir de l'œil dévié. On constate alors que cet œil jouit

de tous ses mouvemens, qu'il se porte librement vers tous les points de la circonférence de l'orbite. Cela n'empêche pas néanmoins le strabisme fixe proprement dit d'exister. Ici, de quelque façon que l'on s'y prenne, l'œil ne revient point de lui-même dans le centre de l'écartement des paupières. Il est même parfois impossible de l'y ramener à l'aide de tractions mécaniques. Ce genre de strabisme offre, en outre, plusieurs nuances. Il peut tenir à une paralysie de quelques-uns des muscles de l'œil; il dépend, dans d'autres cas, d'adhérences contre nature établies entre la sclérotique et la paroi correspondante de l'orbite.

Strabisme avec adhérence.

Le strabisme compliqué d'adhérence, le seul qui méritât le titre de strabisme ankylosé que propose M. Cunier, si une telle qualification devait être conservée, n'est pas très rare. J'en ai rencontré cinq exemples. Il dépend d'anciennes inflammations, de blessures, de lésions diverses plus ou moins profondes de l'angle correspondant de l'œil. Un abcès, qui avait long-temps suppuré, en avait été le point de départ chez un des malades que j'ai observés. Chez un autre, il était survenu à la suite d'un coup de baguette de fusil entre l'œil et la caroncule lacrymale. C'était une blessure par une pointe de couteau portée dans le même lieu, qui l'avait occasionné chez un troisième. Un quatrième en était redevable à des grains de plomb venant d'un coup de fusil. Chez le cinquième, enfin, nous apprîmes seulement qu'une vive inflammation avait existé là vingt ans auparavant.

Ce strabisme, le seul qui, si l'on poussait à l'extrême la proposition de M. Cunier, eût été opérable, est précisément un de ceux qu'il n'est pas toujours convenable de soumettre

à l'opération. Les cinq personnes que je viens de rappeler ont cependant été opérées par moi. Trois d'entre elles ont même complétement recouvré la direction normale et la mobilité de l'œil. Chez les deux autres, la déviation s'est rétablie d'une manière assez évidente pour constituer encore une difformité. Il faut savoir à cette occasion que, quelquefois, les muscles, les fascias, et même la conjonctive, sont tellement unis entre eux, adhèrent d'une manière si large et si intime à la sclérotique, que la dissection en est fort difficile, et qu'ils ne sont plus isolés, *isolables* même, comme dans les cas ordinaires. On doit donc s'attendre, quand on entreprend l'opération, à de nombreuses difficultés, à la nécessité de dissections, de décollemens qui peuvent être longs, pénibles et douloureux. Il en résulte aussi qu'après l'opération tous les tissus divisés conservent une tendance extrême à se recoller, à reproduire la difformité. Tenter de guérir par l'opération cette variété du strabisme est chose presque aussi chanceuse que de tenter la cure des difformités survenues par l'effet de cicatrices dues à la brûlure, dans toute autre région du corps. C'est alors du moins que l'emploi de la compression sur l'angle de l'œil, de lunettes et des autres moyens orthophthalmiques, est, pour ainsi dire, de rigueur. Toutefois, le strabisme fixe par adhérence n'est pas encore, comme on le voit, une contre-indication absolue de l'opération.

Strabisme avec paralysie.

Quand les yeux se dévient par défaut d'innervation, il semble bien que la section des muscles doive être impuissante pour remédier à la difformité. Ici on a plusieurs sortes de paralysie. Tantôt, en effet, elle tient à une maladie sé-

rieuse du cerveau qui compromet la vie, qui ne permet pas de songer à l'opération du strabisme; d'autres fois elle se borne à l'un des nerfs qui se distribuent dans l'orbite. Il se peut alors que le nerf de la sixième paire en soit seul atteint, d'où un strabisme convergent. Si la troisième paire ou le nerf moteur oculaire commun est affecté près de sa source, on a un strabisme externe avec immobilité complète de l'œil. Si l'une des branches de ce cordon nerveux est seule paralysée, l'œil, quoique dévié en dehors, peut encore se mouvoir, soit en haut, soit en bas, soit en dedans, selon les muscles restés intacts.

Dans le strabisme avec paralysie, il est clair que la section des muscles doit être le plus souvent inutile, et que ce genre de strabisme est véritablement une contre-indication de l'opération. Cependant j'établirai là deux genres : 1° paralysie complète, entretenue par une lésion, soit d'un point déterminé du cerveau, soit du corps même du nerf, et dont les progrès ne sont pas encore arrêtés. Alors point d'opération. Traiter la paralysie, est la seule indication à remplir; 2° la paralysie, au contraire, n'est que partielle ; aucun signe de lésion cérébrale ne l'accompagne; elle est ancienne, paraît définitive, ne varie plus depuis plusieurs années ; l'œil est encore susceptible de certains mouvemens, de certaines oscillations dans les directions étrangères à celle de la déviation. Il y a alors lieu de pratiquer l'opération pour peu que le malade la désire ; il convient seulement de le prévenir du peu de chance qu'elle offre en pareil cas, et des légers, très légers avantages qu'il en pourra retirer. L'un des premiers malades que j'aie opérés (c'était en septembre 1840) avait un strabisme convergent par suite d'une paralysie du muscle droit externe. L'œil fut redressé, put exécuter de légers mouve-

mens en dehors et en dedans, et conserva ses mouvemens normaux d'élévation et d'abaissement. Je m'explique ce résultat par la division du muscle droit interne, le seul qui fasse équilibre au droit externe, en admettant que les muscles obliques, agissant de concert, conduisent un peu l'œil en dehors, et que les rubans internes des muscles droits supérieur et inférieur viennent au secours du muscle coupé, comme les rubans externes au secours du muscle paralysé. C'est sans doute pour n'avoir pas songé à ce mécanisme que M. Cunier (*Myotomie dans le strabisme*, etc., page 87), qui eut connaissance de mon opération, a cru devoir la blâmer en la rejetant d'une manière absolue pour le strabisme avec paralysie.

Je l'ai renouvelée depuis à titre d'essai chez deux malades affectés de strabisme divergent. Chez l'un, l'œil n'avait perdu que son mouvement d'abduction; la section du muscle droit externe ramena l'œil dans le centre de l'orbite. Les mouvemens ne se rétablirent point du côté interne, et il en résulta une sorte de fixité de l'organe. Cependant le strabisme resta détruit, et la seconde difformité était infiniment moins choquante que la première.

Dans l'autre cas, le résultat de l'opération, quoique malheureux au fond, ne m'en a pas moins paru très concluant. Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-neuf ans, tourmenté de maux de tête depuis huit ans, affecté de strabisme divergent depuis quatre ans, et qui avait un commencement de chute de la paupière supérieure, en même temps qu'une paralysie presque complète des muscles droits interne, supérieur et inférieur; je dis presque complète, car cet homme pouvait encore porter l'œil de quelques millimètres en haut, en bas, et du côté de l'axe visuel. Voulant absolument

être opéré, quoique je lui eusse dit que, selon toute apparence, l'opération ne réussirait pas chez lui, il se fit admettre à l'hôpital. Après la division du muscle droit externe, l'œil se redressa sans difficulté; mais, comme je craignais qu'il reprît sa position déviée, je recommandai l'emploi du bandage compressif dont il a été question plus haut. Au lieu d'être appliqué par l'élève qui en avait l'habitude, et que j'en avais chargé, ce bandage fut placé par un autre élève qui voulait s'exercer à ce genre de pansement. La compression fut si forte, et porta si directement sur l'œil, que des douleurs vives en furent la suite, le jour même, dans toute la cavité de l'orbite. Le lendemain, je trouvai la paupière supérieure boursouflée et le siège d'une phlegmasie diffuse. L'inflammation gagna le tissu cellulaire ; un chemosis intense survint; un érysipèle proprement dit s'établit sur toute la figure, gagna le reste de la tête et le cou pour revenir au bout de dix jours sur le visage, réactiver la suppuration de la paupière et l'inflammation de l'œil, qui finit par suppurer lui-même vers la fin de la troisième semaine. Quant au redressement de l'organe, il ne s'en est pas moins maintenu jusqu'au bout, et il est difficile de supposer que la déviation se fût reproduite si les accidens dont je viens de parler ne s'étaient point montrés. Au demeurant donc, le strabisme avec paralysie ne contre-indique l'opération que dans un certain nombre de cas et non pas d'une manière absolue. Seulement il ne permet qu'un redressement généralement incomplet de l'œil, qu'une diminution dans la difformité, et non pas le rétablissement parfait des mouvemens de cet organe.

Amaurose.

Beaucoup de sujets affectés de strabisme ont d'abord été

pris pour des amaurotiques ; en fermant l'œil sain on s'aperçoit qu'ils voient mal ou qu'ils voient à peine de l'œil dévié ; la pupille de cet œil est plus ou moins dilatée. Maintenant on sait à quoi s'en tenir à ce sujet, et il est démontré que cette prétendue amaurose tient au défaut d'action de l'œil qui en est affecté. Il ne faudrait pas en conclure cependant que l'amaurose véritable ne se rencontre jamais chez les strabiques.

Ceux qui ont soutenu que, dans l'amaurose vraie ou apparente, le strabisme ne doit pas être combattu par l'opération, s'en sont laissé imposer par un raisonnement vicieux. D'abord l'amaurose ne modifie pas l'action musculaire de l'œil; ensuite on ne peut pas douter que la section des muscles ne puisse tout aussi bien être suivie du redressement de cet organe chez les amaurotiques que chez les personnes qui ont conservé la vue. Il est vrai qu'en redressant l'œil on pouvait craindre de ne pas remédier à l'amaurose ; mais, comme l'amaurose n'est point une difformité et que le strabisme ne tourmente qu'à titre de difformité, on ne voit pas pourquoi, s'il leur reste un œil sain, les amaurotiques ne désireraient pas aussi bien que les autres se mettre dans le cas de ne plus loucher. Tout ce que l'on peut dire, c'est que, si la cause de l'amaurose consiste en une maladie du nerf optique ou du cerveau, si elle compromet la vie du malade, si, comme lésion matérielle, elle n'est pas encore bornée, il ne serait pas prudent de s'occuper du strabisme. Hors de là, l'amaurose, loin d'être une contradiction, est au contraire une raison qui doit porter à redresser l'œil, car nous verrons bientôt que ce redressement est souvent suivi d'une amélioration notable dans la faculté de voir.

Maladies générales, tumeurs dans l'orbite.

Une contre-indication formelle et que personne ne peut nier, se tirerait de la présence de quelques tumeurs osseuses, fibreuses, cancéreuses de l'intérieur ou du contour de l'orbite. La déviation, étrangère au muscle de l'œil, ne mérite pas alors d'occuper le chirurgien. Quand la personne atteinte de strabisme est d'ailleurs malade, il est prudent aussi de différer chez elle l'opération. Ne compromettant aucune fonction, ne constituant qu'une difformité *désagréable*, le strabisme, conservé quelques mois de plus, ne peut guère contrarier une personne mal portante. Comme, soit par son influence sur le moral, soit par son action directe sur les tissus, une opération quelconque peut toujours aggraver les maladies dont le sujet qui la supporte était affecté antérieurement, il vaut mieux, quand on rencontre des strabiques de cette catégorie, les engager à attendre. Ainsi, on ne doit pas opérer s'il existe quelque inflammation aiguë du crâne ou de la figure, quelque maladie sérieuse du nez, de la bouche ou du pharynx, quelque érysipèle, quelque affection un peu grave du système respiratoire, du système circulatoire, du système digestif. Il serait prudent aussi de s'en abstenir chez les femmes enceintes, dans tous les cas enfin où il peut survenir un état fébrile. Il est bien entendu qu'une affection purement locale des membres n'empêcherait point de passer outre, ne serait pas une contre-indication.

Age des malades.

L'enfance et la vieillesse ont d'abord été mises en dehors du cercle de l'opération du strabisme. Peut-être, en effet, convient-il de ne point pratiquer cette opération aux extrêmes

de la vie. Après soixante ans, ce n'est plus guère la peine de se débarrasser d'une pareille infirmité, et dans le tout jeune âge on peut espérer de la voir s'effacer d'elle-même. On se tromperait néanmoins en s'imaginant que l'opération est impossible chez ces deux classes de louches. Elle réussit, au contraire, tout aussi bien chez les vieillards et les petits enfans que chez les adultes. On pourrait même établir que ses chances sont d'autant plus nombreuses que le sujet qui la supporte est plus jeune; la section des tissus n'a pas besoin d'être aussi étendue sur un enfant que sur un adulte pour produire un effet égal, tandis qu'elle doit l'être un peu plus chez un vieillard. Si donc on n'opère pas au commencement et à la fin de la vie, c'est plutôt par convenance que par nécessité. Rien ne s'opposerait, par exemple, à ce qu'on opérât les personnes très avancées en âge, si elles y tenaient, si elles le voulaient. L'opération aurait chez elles le même succès que chez les jeunes sujets, pour peu qu'on eût pris la précaution de débrider un peu largement les annexes du muscle rétracté. J'ai opéré des malades âgés de cinquante-deux, de cinquante-cinq et de cinquante-huit ans, qui s'en sont parfaitement bien trouvés.

Quant aux enfans, je ne les opère qu'à partir de l'âge de trois ou quatre ans. On m'en a présenté qui n'avaient que deux ans ou deux ans et demi, trois ans et demi même, et j'ai refusé de les opérer. A cette époque de leur vie, l'opération n'est pour eux d'aucune valeur et ne pourrait satisfaire que le coup-d'œil de leurs parens. Si, pour en favoriser le succès, il devenait utile d'employer quelques moyens secondaires, cela offrirait trop d'embarras chez eux. Les causes du strabisme disparaissent et reparaissent si souvent à quelques mois d'intervalle dans les premières années de la vie, que le mal pour-

rait très bien se reproduire après l'opération, de même qu'il se dissipe assez souvent sans elle.

Toutefois, après la quatrième année, si le strabisme est déjà ancien, je ne vois plus de raison pour différer. S'il est vrai que plus tard l'opération offrira moins de difficultés, que l'enfant s'y prêtera mieux, il l'est aussi qu'avec une trop longue temporisation, on court risque de voir l'œil s'affaiblir de plus en plus, et cesser d'être propre à distinguer aussi nettement que l'autre les objets extérieurs. Il est, en outre, si facile de maîtriser l'indocilité des enfans pendant l'opération du strabisme, et cette opération provoque si peu d'accidens, se réduit à si peu de choses, qu'il serait imprudent de s'exposer à quelque perturbation de la vue dans l'unique but d'en reculer le moment. Ainsi les très jeunes enfans et les vieillards ne doivent pas être soumis à l'opération du strabisme, non que cette opération ne puisse leur être appliquée, mais bien parce que les uns n'en ont plus besoin, et parce qu'elle n'est pas encore urgente chez les autres.

Strabisme double.

Beaucoup de strabiques louchent ou semblent loucher des deux yeux en même temps, soit qu'il s'agisse de strabisme convergent, soit dans les cas de strabisme divergent. On s'est demandé s'il convenait en pareil cas d'opérer les deux yeux dans la même séance; puis, quelques praticiens en sont venus à soutenir que l'opération d'un seul côté suffit pour redresser les deux yeux. Il en est aussi qui n'ont pas craint de proposer l'opération des deux côtés, même dans les cas où il n'y a qu'un œil de dévié; tant il est vrai que l'idée la plus étrange trouve toujours parmi les hommes quelque tête assez hardie pour l'appuyer.

Si les deux yeux sont positivement déviés en même temps, il convient de les soumettre à l'opération le même jour. L'opération alors ne réclame pas de chaque côté une aussi large dissection que si l'on ne s'attaquait qu'à un seul œil. En outre, le malade se trouve ainsi débarrassé en moitié moins de temps qu'il n'en faudrait dans l'autre système, et les suites de la section des tissus ne sont pas plus sérieuses pour les deux côtés que pour un seul. Je n'ai eu qu'à me louer de cette conduite jusqu'à présent.

Lorsque le strabisme est manifestement plus prononcé d'un côté que de l'autre, lorsque l'individu qui louche a la vue beaucoup moins nette du côté de l'œil le plus dévié que de celui qui l'est le moins, lorsqu'il reste du doute, enfin, sur l'existence du strabisme double, j'ai adopté le principe de n'opérer d'abord que d'un côté. Tous les exercices auxquels on soumet les malades, et qui ont été recommandés pour distinguer les cas de strabisme réellement double de ceux qui ne le sont qu'en apparence, trompent fréquemment le praticien. Si donc quelque embarras persiste sous ce rapport, il n'y a aucun inconvénient à n'opérer d'abord que d'un côté. Cette première opération étant effectuée, rien n'empêche, au surplus, de la répéter immédiatement sur l'autre œil, si l'on constate que sa déviation persiste absolument au même degré qu'auparavant. Si, au contraire, elle semble moins fixe ou moins prononcée, j'attends huit, quinze ou vingt jours avant de passer à l'autre côté.

J'ai guéri de nombreux strabiques qui paraissaient loucher des deux yeux, en n'opérant que du côté le plus positivement dévié. On voit ainsi l'œil sain reprendre insensiblement sa direction normale et se mettre plus ou moins promptement en rapport de direction avec l'œil redressé. Je dois

même citer un jeune avocat, qui paraissait loucher des deux yeux, que je n'opérai cependant que de l'œil droit en décembre 1840, et qui aujourd'hui offre plutôt une légère divergence que de la convergence des deux côtés.

Quant à opérer les deux yeux, comme M. Elliot (*British medical and chirurgical foreign review*, 1841), M. Guérin, etc., semblent le conseiller, je ne crois pas que ce soit une doctrine qui mérite d'être discutée sérieusement.

Ainsi, opérer le seul œil dévié, quand le strabisme est simple; opérer l'œil qui louche le plus quand le strabisme est peu marqué d'un côté; opérer sur les deux yeux, quand le strabisme est évidemment double, telle est la pratique que j'ai constamment suivie, et qui me paraît devoir être généralisée.

ART. X.

VALEUR DE L'OPÉRATION.

J'aborde une question délicate, des plus épineuses. Parmi les personnes qui s'en sont occupées, il en est qui l'ont rendue presque inabordable.orsque la guérison du strabism e par une opération fut annoncée, beaucoup de chirurgiens conservèrent quelques doutes sur sa réalité. Aussi la première lettre de M. Dieffenbach (*Gazette médicale*, 1840, p. 107) ne produisit-elle qu'une assez faible sensation en France. Plus tard, M. Guérin n'ayant obtenu qu'un succès sur quatre (*Gazette médicale*, 1840, p. 424), M. Roux ayant échoué dans ses deux premiers essais (même journal, p. 494), n'ayant obtenu moi-même qu'une faible proportion de réussites, nous dûmes trouver étrange l'annonce des *succès constans* publiés au nom du chirurgien de Berlin. En outre, le langage de certains opérateurs se montra bientôt si contraire aux usages purement scientifiques et à ce

que la raison permet d'admettre, qu'on put se demander si les faits relatifs au strabisme étaient véritablement racontés avec bonne foi. Comment ne pas être surpris, par exemple, de voir un praticien dire, le 29 juin, à l'Académie des sciences (*Gazette médicale*, p. 424), qu'il venait de pratiquer *avec succès* l'opération du strabisme sur *quatre malades*, et convenir, quelques lignes plus loin, que *le redressement* de l'œil *n'avait été complet que sur un de ses opérés?* Que pouvait-on penser de ces quatre malades, *opérés avec succès*, quand *trois d'entre eux continuaient de loucher* après l'opération, de l'aveu même du chirurgien!

M. Phillips, qui avait affirmé que *l'opération réussit toujours*, qui, du moins, ne mentionnait pas un insuccès sur cent opérations pratiquées par lui en Russie, qui a publié que, sur plus de quatre cents cas, l'opération a toujours été heureuse entre les mains de M. Dieffenbach, trouva un contradicteur décidé dans M. Melchior (*De Myotomiâ oculi*, etc., Hafniæ, mars 1841), et des incrédules dans le *Medico-chirurgical review*. Il faut d'ailleurs ajouter que le séjour de M. Phillips à Paris a singulièrement changé les habitudes de ce jeune chirurgien, puisqu'il publie dans son dernier ouvrage (*Ténotomie sous-cutanée*, page 563) le relevé de cent opérations pratiquées par lui, suivies par M. Bouvier, et d'où il résulte que, sur ce nombre,

75	malades ont eu l'œil bien redressé,			
16	»	»	»	incomplétement redressé,
5	»	»	»	nullement redressé,
5	affectés ensuite d'un strabisme divergent.			

Ce qui fait au total 25 insuccès sur 100.

Voyant d'un autre côté M. Baumgarten (*Operative Behandlung*, etc., Leipzig, 1841) avancer que de 52 malades,

33 seulement ont été guéris, tandis que 17 n'ont éprouvé que de l'amélioration et que 2 ont eu un strabisme divergent; que, pour guérir, 10 des 33 premiers ont dû se soumettre deux fois à l'opération; voyant aussi que, de 72 opérations pratiquées à Dresde par MM. Ammon, Zeis, Warnatz et Baumgarten, 45 ont été suivies de succès, 13 de simple amélioration, 14 d'insuccès, et que deux malades ont été opérés deux fois, il était bien permis d'hésiter, de conserver quelques doutes.

M. Guthrie, qui dit (*Annales de la Chirurgie*, t. I, p. 492) n'avoir eu que deux ou trois insuccès sur 340 cas, ne parle plus avec la même assurance un peu plus loin, et laisse même voir beaucoup d'embarras, peu de confiance dans le résultat final de sa pratique.

En Belgique, M. Dumont ne craint pas de dire : « Le nombre des insuccès est tel, qu'il a découragé les opérateurs eux-mêmes (Cunier, *Myot. ocul.*, 1840). » Au sein même de la Société de médecine de Gand, M. Blariau répète qu'il n'a pas encore vu un seul louche *guéri* (Cunier, p. 42, 44).

On vit bientôt, en outre, ceux dont l'exagération était notoire s'entre-juger d'une manière fort dure. Voici, par exemple, ce que M. Phillips, dont la conduite à Paris, il faut le dire à sa louange, a été plus digne que celle de quelques-uns de nos compatriotes, dit de l'un de ses rivaux, qui n'a pas craint de publier que, sur plus de 800 opérations, il n'avait pas éprouvé un insuccès :

« Pendant les quelques mois qui viennent de s'écouler, dit M. Phillips (*De la Ténotomie*, p. 318), nous avons entendu annoncer de si nombreux et de si brillans succès, que nous nous sommes demandé si les *deux grands chirurgiens* (M. A... et M. B..., sans doute), qui disent n'avoir jamais

éprouvé d'accidens, exécutaient une opération autre que celle que nous faisons; mais lorsque nous avons eu connaissance des résultats réels de leur pratique, nous avons pu apprécier la valeur de leurs assertions. Comme leurs *annonces* dépassaient la *réalité* des faits, comme l'*affiche* était plus séduisante que le *spectacle* même, il a bien fallu chercher la cause de ces *mensonges*. Ils ont été le résultat forcé peut-être d'une vanité blessée, de ce qu'on ne pouvait oser avec les chirurgiens de Paris, ce qu'on osait impunément avec des aides et des sous-aides..... On voit, ajoute l'auteur, qu'il ne faut accorder aucune importance à ce que M. B... a écrit relativement à ses *succès constans*. J'ai rapporté plusieurs faits qui démentent son assertion, et je suis convaincu qu'il pourrait, s'il voulait s'en donner la peine, publier une série d'observations d'insuccès primitifs et d'accidens consécutifs. Ce travail serait intéressant à connaître et utile à la pratique, parce qu'il aurait pour base *un nombre considérable de faits*. »

Aujourd'hui encore on trouve dans ce que disent les hommes spéciaux en particulier, même les plus honorables, un tel contraste, ou un vague tel, qu'il est difficile de savoir au juste à quoi s'en tenir sur la nature de leurs faits. M. Cunier m'écrit en décembre 1840, que, sur 29 opérés guéris d'abord, il a vu 21 récidives au bout de 15 à 20 jours, un, deux, trois et cinq mois, si bien qu'il ne connaissait alors que six guérisons véritables. Depuis il a publié (*Annales d'Oculistique*, février 1841) que la déviation s'était reproduite 47 fois sur 169, et qu'il a échoué 12 fois sur 71. En juin de la même année, il annonce avoir réussi 213 fois sur 286; et M. Fleussu (*Annales d'Oculistique*, 1er supplément, p. 308, 309) soutient que, sur 600 cas, M. Cunier a obtenu un succès

constant. Sur 1400 opérations (*Supplém.*, etc., p. 288 et 312), notre confrère de Bruxelles compte à peine quelques échecs!

Ajoutons que ces succès croissans ou différens sont toujours attribués par ceux qui les indiquent à la perfection du procédé mis en usage. M. Dufresse, par exemple, qui conteste, comme M. Phillips, les résultats merveilleux des autres (*Du strabisme et du bégaiement*, p. 95), n'hésite pas à ce sujet, et dit n'avoir eu, lui, sur 47 opérations que trois cas de récidive et quelques succès incomplets, ce qui ne ferait qu'un insuccès sur 16.

Une autre difficulté s'offrit encore dès le principe à l'esprit des hommes consciencieux. Ainsi, quand on objectait aux enthousiastes de l'opération qu'il fallait attendre avant de se prononcer sur sa valeur, ils répondaient aussitôt, soit dans les journaux, soit en amenant des malades aux académies, qu'ils venaient de la pratiquer *avec succès*. Quand on objectait que des malades opérés de la veille ne pouvaient rien prouver, ils publiaient partout qu'on ne voulait pas de l'opération, qu'on la repoussait d'une manière absolue. Il convient même pour l'édification de l'histoire de rappeler ici nos premiers débats à ce sujet. Un jeune opérateur vint montrer à l'Académie de médecine un de ses malades opéré de l'avant-veille. Je fis remarquer « que de tels faits ne prouvaient absolument rien; que tous les malades opérés par nous auraient pu être ainsi montrés le surlendemain, puisque leurs yeux s'étaient maintenus droits pendant quelques jours; que ce n'était pas, en conséquence, au bout de quelques jours, qu'il pouvait être permis de dire que l'opération du strabisme avait réussi, et qu'il fallait attendre pour en juger les résultats. » Or, ce langage, consigné dans la *Gazette médicale* (page 800) d'une manière assez exacte pour le fond,

n'empêcha point le rédacteur en chef de ce journal de me donner, page 786, comme un adversaire de l'opération!

« Au demeurant, lui répondis-je, je ne conteste ni la valeur de la méthode, ni la constance des guérisons obtenues à son aide, en Allemagne, en Russie, en Belgique, en Angleterre ou entre vos mains. Ce n'est point sur ce terrain que j'ai placé la question. J'ai dit et je répète :

« 1° Qu'aujourd'hui l'innocuité de l'opération du strabisme est trop bien démontrée pour qu'il soit utile, *d'un intérêt purement scientifique*, de présenter aux académies des malades opérés depuis quelques jours ;

« 2° Que chez tous les sujets opérés par moi, le redressement de l'œil s'est effectué sur-le-champ, s'est maintenu pendant huit, quinze, vingt, trente jours ;

« 3° Que, pour éclaircir ce point intéressant de pratique chirurgicale, il n'y a dorénavant qu'un seul moyen, c'est de faire constater l'existence, la nature du strabisme avant l'opération, et de montrer ensuite les malades guéris au bout de trois mois.

4° Enfin, que des annonces pompeuses de succès dans les feuilles politiques le lendemain de l'opération, ne sont propres qu'à discréditer notre profession, qu'à favoriser l'extension du charlatanisme. »

C'est au mois de décembre 1840 que je m'expliquais ainsi. Alors les faits qu'on m'opposait s'élevaient à dix-huit. L'auteur convenait n'avoir obtenu qu'un succès sur les quatre premiers; les rédacteurs de l'*Esculape* (1) n'en indiquaient qu'un non plus sur les quatre seconds. Ce qui faisait deux sur huit. L'assurance d'un succès *à-peu-près constant* obtenu

(1) 14 octobre 1840, p. 87.

dans les dix autres cas, autorisait à soupçonner qu'il y avait eu là deux ou trois échecs : d'où résulteraient, en acceptant le tout sans contrôle, huit ou dix insuccès sur dix-huit! N'était-il pas permis après cela de dire ce qu'on vient de lire, et de se tenir sur la réserve ?

Il faut bien en convenir, l'obstination qu'une certaine classe d'opérateurs mettait et met encore à soutenir qu'ils réussissent constamment, que leurs succès tiennent à la perfection de leur procédé personnel, que si les autres réussissent moins bien, cela dépend des procédés vicieux qu'ils suivent, fait naturellement naître des doutes sur l'exactitude de pareilles assertions. Les hommes connus par des travaux estimables auraient dû, il me semble, abandonner ce langage aux industriels de la profession, et ne pas se prononcer aussi prématurément.

En présence de l'empressement avec lequel les opérateurs ambulans annoncent leurs succès, l'un à Versailles, l'autre à Lunéville, à Boulogne, à Arras, à Lille, un troisième à Périgueux, à Bordeaux, un quatrième à Besançon, à Marseille, un autre à Nancy, dans les différentes villes de France; s'affichent dans les feuilles publiques des départemens, jusque dans le *Moulin à vent;* font retentir les feuilles politiques de Paris de leurs prouesses d'Afrique, comme le tintement de la *tabatière dorée de Goritz*, ou remplir pendant tout un mois la *presse de Seine-et-Oise* de guérisons *immanquables*, peut-on, je les en fais juges, se défendre de préventions légitimes, peut-on recevoir avec confiance le dire de pareilles gens!

Forcé d'examiner par moi-même leurs faits et de voir comment ils entendent les guérisons, je puis affirmer qu'à Paris, j'ai vu des individus opérés par eux loucher en

dehors après avoir louché en dedans, loucher encore quoiqu'ils eussent été opérés deux fois, avec des exophthalmies, des éraillures de paupière, des dénudations énormes de l'œil et tout ce qui a été rencontré dans la pratique des chirurgiens ordinaires. Ajouterai-je que ces accidens m'ont été offerts surtout en grand nombre parmi les malades de ceux-là précisément qui ont le plus abusé de la publicité, des feuilles politiques en particulier!

C'est déjà quelque chose d'assez malheureux sans doute que de voir des hommes habiles, d'ailleurs, compromettre ainsi la dignité de la profession médicale. Mais il en est résulté un autre malheur, un discrédit notable déversé sur l'opération en elle-même. Après avoir joui d'une vogue inouïe, cette opération est devenue à Paris comme ailleurs l'objet de défiances sérieuses. En effet, les gens du monde, ayant vu chaque jour dans les journaux que le redressement des yeux était simple, facile, exempt de toute espèce d'inconvénient, constamment suivi de succès, ont fini par le croire d'abord et sont accourus en foule sous l'instrument des opérateurs. Comme la vérité n'avait pas été dite là-dessus, le temps, l'incorruptible temps, n'a pas tardé à laisser voir les faits tels qu'ils existent réellement. Dès-lors le public, reconnaissant que bon nombre de louches opérés n'étaient pas guéris, ou n'avaient fait que changer de difformité, s'est aperçu qu'on l'avait trompé. Passant aussitôt d'un excès de confiance à un excès de défiance, il ne veut plus croire même à l'efficacité pure et réelle de l'opération; aussi, maintenant beaucoup de louches, qui pourraient guérir, se résignent-ils à garder leur difformité.

Une ressource reste cependant à la science, c'est de faire abstraction des résultats équivoques annoncés avec tant de

fracas, et de ne juger la valeur de l'opération du strabisme que d'après les observations d'hommes étrangers à tout tripotage d'industrie, d'appel aux cliens. A Paris, on a vu M. Guersant fils, M. Jobert, M. Bouvier, entre autres, dire franchement ce qui s'est passé sous leurs yeux. Le travail de M. Boinet (*Du strabisme et de son traitement*, 1842) est un spécimen précieux sous ce rapport. Il en est de même du livre de M. Bonnet de Lyon, où tout est indiqué avec les caractères de la plus parfaite bonne foi. Appréciant l'opération d'après ce qui s'est passé dans ma pratique, j'arriverai à des résultats qui ressemblent beaucoup plus à ceux indiqués par ces derniers auteurs, qu'à ceux des opérateurs qui disent avoir toujours réussi; l'on verra de la sorte si je ne me trompe, que sans être à l'abri de certains inconvéniens dont il est impossible qu'une opération quelconque soit absolument dépourvue, la myotomie oculaire n'en est pas moins une opération importante, qui restera dans la pratique, qui fait honneur à l'esprit humain, et dont l'organe de la vue retirera le plus grand fruit dans l'avenir.

Pour ne plus avoir de désappointement en ce sens, il suffira de diviser les hommes qui écrivent sur le strabisme en deux catégories; les uns qui n'en parlent, dit M. Fleussu (*Annales d'Oculistique*, 1er supplément, p. 200), que pour *allécher les malades;* les autres qui s'en occupent, dans le but sincère d'éclairer leurs confrères, d'enrichir la science, de perfectionner la pratique. Que les médecins qui n'opèrent pas cessent de favoriser les premiers, en leur procurant des malades; que les hommes de science ne tiennent point compte de pareils travaux, et ils cesseront d'être dangereux. Les hommes honorables qui se sont écartés un instant de la bonne voie y rentreront bientôt, et la chirurgie,

un moment déviée de sa route, à cette occasion, reprendra le chemin de ses véritables progrès.

Bienfaits de l'opération.

L'opération du strabisme peut amener deux bienfaits : le redressement des yeux; l'amélioration de la vue.

§ 1er *Redressement des yeux.*

La section des muscles du côté dévié met très positivement l'œil en mesure de reprendre sa position normale. Ce fait, maintenant accompli, avait besoin d'expériences nombreuses et du temps pour arriver à la démonstration; au début de l'opération, la question devait nécessairement rester indécise. Ceux qui prétendaient en donner la solution alors se trompaient ou voulaient tromper soit les médecins, soit le public. Il était impossible, en effet, de conclure rigoureusement des suites immédiates au résultat définitif de l'opération. De ce que l'œil d'un louche venait d'être redressé par la section de quelques muscles, il n'en résultait pas nécessairement que le strabisme ne dût pas se reproduire plus tard; *à priori*, on pouvait l'espérer sans doute; mais pour conclure absolument, il fallait la sanction du temps. Toute la difficulté entre les divers opérateurs était là. Les uns, soit par ignorance, soit par défaut de logique, soit par spéculation, voulaient agir, dès le principe, comme si la question eût été formellement jugée. Les autrés, pesant le pour et le contre, soutinrent, au contraire, que les premiers essais devaient être suivis avec soin, avec attention; qu'il fallait les répéter, qu'ils ne pouvaient pas être concluans; que, pour en apprécier la valeur, il fallait nécessairement laisser écouler plusieurs mois. De là des débats qui, comme on l'a vu, sont

parfois sortis des bornes de la gravité scientifique et de la courtoisie des habitudes sociales. Voyant qu'on cherchait à entraver leur ardeur, les hommes de la première catégorie se sont emportés, ont mal interprété les objections qui leur étaient adressées, ont pris pour des injures le langage modérateur qui leur était tenu par les autres. Il en est même qui ont poussé leur colère, *feinte ou réelle,* jusqu'à vouloir prouver qu'ils avaient raison *les armes à la main!* L'un de ces énergumènes n'a dû étonner personne en agissant de la sorte. Son habitude des camps, sa science contestable et son amour du bruit, lui rendaient de telles provocations toutes naturelles; mais nous avons tous vu avec chagrin un opérateur d'un certain mérite, un membre de l'Académie, précéder dans cette voie le *ferrailleur* dont je viens de parler.

Une circonstance qui causa beaucoup d'hésitation d'abord, c'est la reproduction du strabisme quelques jours ou quelques semaines après l'opération, quoique les yeux eussent paru tout-à-fait redressés par l'action du bistouri (1). J'ai déjà dit que sur près de trente opérés, dont M. Cunier me rendait compte en décembre 1840, ce praticien avait vu le strabisme reparaître au bout d'une, deux, trois, quatre semaines, de deux, trois, quatre ou cinq mois, chez vingt et quelques malades. Une dame de haut parage, Mme d'A...., qui avait été opérée par M. Dieffenbach à Berlin, et qui avait été donnée comme guérie, n'en était pas moins louche à un très haut degré six mois après. Quelqu'un m'écrivait après l'avoir vue : « Le strabisme de Mme d'A... subsiste comme avant l'opération,

(1) « J'ai opéré une jeune demoiselle; pendant huit jours je n'ai reçu que des complimens sur sa guérison, dit M. Burggrave (Cunier, *Myot. ocul.*, p. 43), mais le neuvième jour le mal est revenu comme de plus belle! »

qui a eu lieu au mois de juillet 1840, et qui offrit dans les premiers temps d'excellens résultats. » Or, comme on avait annoncé par tout que M. Dieffenbach réussissait constamment, on trouvait dans ce fait une contradiction peu encourageante qui permettait toutes sortes de suppositions. Entre autres malades opérés par M. Guérin qui croyait aussi n'avoir point eu d'insuccès par son second procédé, j'avais l'observation de M. H..., opéré des deux yeux au commencement de janvier 1841, et qui vers le milieu de l'année louchait tout autant qu'avant l'opération. Ayant vu de mon côté le strabisme se rétablir chez plusieurs des malades opérés par moi en septembre, octobre et novembre 1840, quoique le redressement de leurs yeux eût paru se maintenir pendant huit, quinze, vingt et trente jours, je ne pouvais pas avoir la conviction que les résultats primitifs de l'opération pussent être considérés comme définitifs avant une plus longue expérience. Aujourd'hui l'état des choses est tout autre ; dix-huit mois sont venus contrôler nos faits ; ces faits se sont montrés au nombre de plusieurs milliers ; chacun a pu en suivre, en observer des centaines ; leur appréciation est d'ailleurs à la portée de tout le monde, car il suffit de regarder pour voir si la personne qui louchait est encore ou n'est plus strabique.

Actuellement on se demande pourquoi tant de strabiques qu'on a crus guéris immédiatement après les premières opérations ont retrouvé leur déviation bientôt après, tandis que c'est à présent un fait exceptionnel. Trois raisons me paraissent pouvoir être invoquées à cette occasion.

A. *Illusion de l'opérateur.*

Une circonstance qui a dû tromper, qui m'a induit en erreur moi-même, et qu'il était cependant facile de prévoir,

c'est la faculté qu'a l'œil dévié de se redresser, de se porter dans tous les sens, quand on tient l'autre œil fermé. C'est là une particularité assez surprenante d'abord et qui montre qu'on s'est mépris en comparant les déviations de l'œil aux déviations des membres, quant à la nature de leurs causes. Dans le pied-bot, en effet, les muscles ou les tendons sont tellement raccourcis ou atrophiés, qu'il n'est plus possible de les allonger ni par la volonté du malade, ni par des tractions étrangères à l'individu. Dans le strabisme, au contraire, dès qu'on ferme l'œil sain, l'œil dévié se redresse, se meut dans tous les sens avec la plus entière liberté, sans effort, sans fatigue, par la seule volonté, et même en quelque sorte à l'insu du malade. De plus, j'ai vu sur le cadavre de quelques strabiques morts sans être opérés, que les muscles de l'œil n'offraient aucune altération notable, soit dans leur épaisseur, soit dans leur longueur, soit dans leur aspect tendineux ou charnu, en les comparant à ceux d'un sujet dont les yeux étaient restés droits toute la vie, ou en comparant ceux du côté dévié avec ceux du côté opposé (1). L'altération des muscles qu'on croyait rétractés est si peu manifeste même, que si M. Simonin (*Du strabisme*, p. 10), les a trouvés augmentés d'épaisseur, d'autres ont cru les avoir trouvés plus minces. Sur une vieille femme strabique dès l'enfance, morte à plus de quatre-vingts ans, et dont M. Bouvier nous a montré l'orbite, il eût été impossible de distinguer le muscle droit interne du côté louche, du muscle correspondant du côté sain.

Ayant soin de couvrir l'œil normal d'un bandeau ou de le fermer d'une manière quelconque pendant l'opération, les

(1) Un de ces cas vient d'un homme de trente ans, strabique de naissance et des deux yeux en dedans.

chirurgiens, oubliant les particularités précédentes, purent croire un instant avoir redressé l'autre, avoir réussi d'abord. La division des tissus, qu'elle fût convenable ou non, complète ou incomplète, donnait l'idée de faire mouvoir l'œil sur-le-champ dans différentes directions. Constatant alors qu'il pouvait sans effort se porter d'un angle de l'orbite à l'autre, en haut et en bas, on s'y méprit facilement, et l'on dut croire à un résultat parfait, quoique le débridement du muscle fût insuffisant. La méprise dut même se prolonger dans quelques cas pendant un temps assez long, car quelques opérateurs, et moi tout le premier, nous prîmes l'habitude de laisser l'œil sain couvert, dans le but de forcer l'œil opéré à s'exercer, à conserver une bonne direction. Je ne doute donc pas que bon nombre de récidives n'aient été qu'apparentes, et qu'on ne doive les attribuer à la circonstance que je viens de signaler.

C'est d'ailleurs là un fait dont le charlatanisme de Taylor semble avoir déjà tiré parti dans la première moitié du dernier siècle. Lecat ne manque pas effectivement de dire qu'après son opération, Taylor couvrait l'œil sain; que l'œil louche se redressait aussitôt, et que le public criait au miracle.

B. *Division incomplète des parties.*

Ce premier point étant éclairci, passons à un autre. Les récidives ont dû tenir aussi à une section incomplète des muscles, ou bien à un débridement trop restreint des lamelles fibro-celluleuses du voisinage. Les premiers échecs réels de M. Roux, de M. Sédillot, de M. Amussat, de M. Guérin, et les miens, doivent être rapportés en grande partie à cette cause. En effet, me bornant à accrocher le muscle pour le

tendre et le trancher d'un coup de serpette, je me gardais avec soin de reporter l'instrument au fond de la plaie, de diviser après coup les brides qui pouvaient être restées sur la sclérotique, d'agrandir soit par en haut, soit par en bas, l'incision des aponévroses, tant je redoutais les grandes plaies, les dissections étendues dans l'orbite. Il est clair qu'en procédant de la sorte, j'ai dû laisser plusieurs fois des portions de muscle, des brides résistantes, qui auront suffi pour reproduire la déviation. Il paraît difficile aussi que des insuccès pareils ne se soient pas montrés partout dans les premiers temps de la pratique des opérateurs. Si M. Dieffenbach, si M. Phillips en sont venus à conseiller d'aussi larges dénudations, et jusqu'à l'excision d'une partie du muscle, c'est qu'évidemment la division simple du cordon charnu avait échoué entre leurs mains. Il n'est pas possible qu'avant d'être éclairés par l'expérience, ils aient procédé de prime abord, comme ils le font maintenant. Voilà, par conséquent, deux classes de récidives à ne plus compter, qui n'appartiennent point à l'opération bien faite. Reste la troisième catégorie.

C. *Dispositions difficiles à maîtriser.*

Je regrette de me trouver ici en contradiction avec M. Bonnet, qui regarde la récidive du strabisme comme à-peu-près impossible. Soutenant que l'œil, une fois bien redressé, ne peut plus reprendre sa position vicieuse, M. Bonnet se trompe manifestement. J'ai opéré plusieurs louches affectés d'un strabisme convergent ou d'un strabisme divergent, chez lesquels les yeux, restés droits pendant quinze jours, sont redevenus louches. Ces cas sont peu nombreux, il est vrai, mais enfin j'en ai rencontré plusieurs. J'en ai

même deux où cette récidive s'est montrée deux fois. On m'objecterait en vain qu'il était resté des brides musculaires, tendineuses, aponévrotiques ou celluleuses, car j'avais eu soin de dénuder entièrement la sclérotique sur son côté interne, depuis le muscle droit inférieur jusqu'au muscle droit supérieur, de l'absterger, de la râcler en quelque sorte avec le bec des ciseaux ou le crochet mousse.

J'ai trouvé aussi plusieurs individus dont la déviation était si résistante, qu'après la dissection dont je viens de parler, l'œil ne s'est redressé qu'à moitié. En ce moment encore, (avril 1842), j'ai à l'hôpital de la Charité un jeune homme âgé de vingt ans que j'ai déjà opéré deux fois du même œil, en ayant soin de découvrir, de dénuder la sclérotique jusqu'au nerf optique, et pourtant cet œil, que le malade tournait librement en dehors et de tous côtés, s'est dévié de nouveau vers le nez, vingt jours après l'opération. Dire qu'un œil resté droit, parfaitement droit, pendant trois semaines, ne reprendra pas sa position vicieuse, n'est pas non plus aussi rigoureusement exact que le soutient M. Bonnet. J'ai vu, dans quelques cas, très rares il est vrai, la déviation reparaître en partie soit en dedans, soit en dehors, chez des personnes opérées depuis deux et quatre mois.

Les récidives du strabisme sont d'ailleurs moins difficiles à comprendre que ne l'imagine mon très honorable confrère de Lyon. S'il est vrai que les deux bouts du muscle coupé ne se réunissent pas, qu'un tissu nouveau s'établisse dans leur intervalle, il l'est aussi que ce tissu nouveau, qui tient lieu d'un tendon, est susceptible, en se consolidant, de se rétracter, de se raccourcir, de contracter des adhérences de plus en plus étendues avec les tissus voisins pendant plusieurs mois. On ne voit pas enfin pourquoi le travail de

réorganisation, qui doit s'opérer entre l'œil et ses annexes, ne se maintiendrait pas au fond de l'orbite long-temps après la cicatrisation de la plaie extérieure, chez un certain nombre d'individus. Au demeurant, que M. Bonnet (p. 157, 158) admette ce genre de récidive, ou ne l'admette pas comme possible, ce n'en est pas moins un fait dont la réalité ne peut pas être contestée aujourd'hui.

Quant aux récidives des premières semaines, et à la difficulté de redresser complétement les yeux de certains louches, elles dépendent de causes diverses. J'ai déjà dit que le strabisme convergent très ancien pouvait se maintenir, malgré la section complète du muscle droit interne et de ses dépendances fibro-celluleuses, par suite de la brièveté du côté correspondant de la sclérotique. A cela je ne conçois aucun remède, et, si on pouvait le savoir d'avance, il vaudrait mieux ne pas opérer. *(La fin au prochain numéro.)*

LETTRE SUR LE GANGLION,

A M. LE DOCTEUR A. THIERRY;

Par M. MARCHAL (de Calvi).

Mon cher et honoré confrère,

Vous m'avez fait l'honneur de m'adresser, dans l'*Expérience*, une lettre sur le traitement du ganglion. Dans cette lettre, motivée par une réclamation de M. Barthélemy, à laquelle les *Annales* avaient donné place, vous vous défendiez contre une insinuation dont je n'étais pas l'auteur. Après vous avoir répondu sur ce point, je promis de vous adresser une lettre sur le ganglion. Je viens remplir ma promesse.

Il y a assez long-temps que, pour la première fois, je dus

m'occuper de cette question. C'était en 1839, au concours pour l'agrégat (1). J'eus pour sujet de thèse : *Des bourses muqueuses et de leurs maladies*. Je me laissai entraîner par les recherches historiques et anatomiques, et il me resta très-peu de temps pour la partie chirurgicale, qui fut écourtée. D'ailleurs j'avais peu vu par moi-même. Aussi mes argumentateurs, M. Nélaton surtout, dont le caractère et le talent sont connus, louèrent-ils la première partie de ma thèse, tandis que la seconde fut attaquée avec avantage.

N'ayant donc pu traiter complétement le beau sujet qui m'était échu, je me regardai comme engagé moralement à en faire le sujet de nouveaux travaux. J'ai réuni un assez grand nombre de matériaux, et je pourrais, dès à présent, sous ce rapport, donner une histoire complète des maladies des bourses muqueuses. Si je ne le fais pas, et si je m'abstiens même d'entrer dans quelques considérations générales sur ces maladies, c'est que je n'ai pas le loisir nécessaire. Vous savez ce que Socrate disait de lui : Je suis comme les sages-femmes qui accouchent les autres, et ne peuvent s'accoucher elles-mêmes. Ces paroles, à ce qui me semble, s'appliqueraient volontiers aux journalistes. Ils fournissent aux autres, par les matériaux qu'ils rassemblent, les moyens de produire, et ils manquent de temps pour produire eux-mêmes.

J'arrive à mon sujet, et je commence par me demander ce que c'est que le ganglion.

(1) Qu'il me soit permis de consigner ici l'expression de ma vive et profonde reconnaissance envers les juges de ce concours, MM. Marjolin, Roux, J. L. Sanson, Velpeau, Dubois, Laugier et Robert, qui voulurent bien, de leur propre mouvement, et à l'unanimité, me recommander à M. le ministre de la guerre, démarche à laquelle je dois d'avoir été rappelé à Paris.

Il n'est pas besoin d'avoir beaucoup lu pour savoir qu'il règne, sur ce point, quelque confusion parmi les auteurs. Une courte revue historique devient ici nécessaire. Je n'ai, bien entendu, ni la volonté ni le pouvoir de citer tous les chirurgiens qui ont pu parler du ganglion. Je commence, néanmoins, par le plus ancien.

Voici ce que j'avais lu dans un article d'Eller, que j'aurai à citer longuement :

« Hippocrate donne le nom de γαγγλιώδιον à cette tumeur ; et Celse, avec tous les auteurs anciens et modernes, l'appelle *ganglion*. »

Ne trouvant rien, dans Hippocrate, qui justifiât cette assertion, je m'adressai à notre savant M. Littré, ce fidèle interprète, chez qui la bienveillance rivalise avec le talent. Je ne m'étonnai plus de l'inefficacité de mes recherches : c'est à propos de l'oreille qu'Hippocrate parle du ganglion, et dans des termes tels, et si succinctement, qu'il serait difficile, impossible même, de se faire une opinion assurée sur l'affection qu'il a voulu désigner, sans l'interprétation de Celse et de Galien. Le commentaire de Galien, en particulier, est d'une extrême précision.

C'est déjà excessif, pour un si mince objet, d'avoir évoqué les trois plus grandes figures de la médecine antique. Je passerai donc sur une foule d'auteurs, jusqu'à Paré, auquel je vais m'arrêter un instant.

« Ganglion, dit-il, est vne petite tumeur ronde, qui vient souuentes fois aux poignets des mains, ou prés les cheuilles des pieds, combien qu'elle se face aussi aux autres parties du corps, et s'engendre à la superficie du cuir, et non au profond.

« La cause est, quand le nerf ou tendon, estant débilité par contorsion ou extension, ou par coup, ou grand travail, ou autre accident, nature ne pouvant faire bonne concoction et assimilation de son nourrissement, engendre vn certain humeur froid et gros de semblable qualité que son nourrissement, lequel peu à peu s'accumule à l'entour des fibres, et mesme en la propre substance des tendons dont ceste tumeur est dure, faicte de matière pituiteuse et melancholique. »

Dionis, qui avait dû systématiser ses connaissances, pour le cours qu'il professait au jardin du Roi, consacre un article aux tumeurs enkystées, et mentionne le ganglion dans cet article.

« Nous connaissons ces tumeurs (les tumeurs enkystées) sous le nom de loupes, dont il y a plusieurs espèces, et à la plupart desquelles on a donné des noms tirés des mots grecs qui signifient les choses à quoi leur matière a du rapport. Quand elles arrivent aux parties tendineuses, comme à la main, à l'avant-bras et aux pieds, on les appelle *ganglion*, et quand elles sont remplies d'une matière semblable à de la bouillie, on les nomme *athéromes;* quand elles renferment une humeur qui ressemble à du miel, on leur donne le nom de *melliceris;* lorsque cette matière est plus solide, et qu'elle a la consistance du suif, elles sont appelées *stéatomes*; et quand elles sont dures, et qu'elles ont la figure d'un marron, on les regarde comme des *glandes endurcies.* »

J'arrive aux modernes, et j'ouvre le *Dictionnaire de chirurgie* de M. Sam. Cooper, l'ouvrage dans lequel la science diffuse des Anglais se montre le mieux avec ses défauts, qui se résument tous dans la plus complète absence de méthode; voici ce que je trouve :

« GANGLION (γαγγλίον). En chirurgie, on appelle ainsi une tumeur située sur un tendon ou une aponévrose.

« Un ganglion est une tumeur enkystée, circonscrite, mobile, ordinairement sans douleur, sans altération de la couleur de la peau, se manifestant sur les tendons en différentes parties du corps, mais plus fréquemment sur le dos de la main et sur le poignet. Je fus consulté un jour par un Français qui portait sur le pied un de ces ganglions qui le gênait beaucoup dans les mouvemens de cette partie. Je sais aussi qu'on en rencontre souvent au-dessous du genou, chez les domestiques qui ont l'habitude de s'agenouiller pour nettoyer les appartemens. »

En premier lieu, il ne peut y avoir de ganglions sur une aponévrose.

Ensuite, selon toute apparence, la tumeur du genou dont il est question à la fin du second paragraphe, est un hygroma, et non un ganglion. M. Sam. Cooper ignorait, ce semble, la distinction établie et naturelle entre les gaînes synoviales *tendineuses*, et les bourses synoviales *sous-cutanées*. M. Bégin, dans l'article *ganglion* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. VIII, p. 6 2, avait déjà relevé cette erreur.

Un véritable ganglion peut se produire, toutefois, au-dessous du genou, attendu qu'il existe là une bourse tendineuse (Voyez plus bas). Mais c'est surtout la rotule, et non le *dessous du genou*, qui porte dans la station à genoux; de plus, la bourse tendineue dont il est question n'est que très rarement le siége d'une tumeur, tandis que M. Sam. Cooper parle d'une tumeur fréquente, qui, par conséquent, je le répète, ne semble pouvoir être que l'hygroma du genou. Tout porte donc à penser que l'auteur anglais confond l'hy-

groma avec le ganglion ; ce qui achèverait de le prouver, c'est qu'il n'y a pas d'article *hygroma* dans le *Dictionnaire de Chirurgie*.

Voici comment M. le professeur J. Cloquet, dans le *Dictionnaire de médecine* ou *Répertoire général* (2e édition), définit le ganglion :

« On donne ce nom, en chirurgie, à des tumeurs enkystées, qui se développent sur le trajet des tendons ou des *aponévroses*, et au voisinage des articulations. »

Et plus loin :

« Les ganglions dépendent de l'accumulation de la synovie dans les gaines membraneuses qui enveloppent les tendons ou *aponévroses*, et facilitent leur glissement ; ce sont de véritables hydropisies des membranes synoviales non articulaires. »

Sans le mot aponévrose, cette définition serait irréprochable. Je suis obligé de le faire remarquer, tout en protestant de mon respect pour le professeur que je viens de citer, et auquel on doit un si bon article sur le ganglion : il y a des bourses et des gaînes synoviales tendineuses, des bourses synoviales sous-cutanées, et des bourses synoviales accidentelles (celles-ci sont toujours sous-cutanées ; exemple : celle que M. Brodie a constatée sur le point correspondant à la saillie d'une gibbosité) ; mais il n'existe pas de bourses aponévrotiques.

M. J. Cloquet distingue avec soin les ganglions, de tumeurs analogues qui peuvent se former aux dépens d'une synoviale articulaire, tandis que M. Bégin décrit ces tumeurs avec le ganglion. Dans les grandes articulations, dit-il, l'augmentation de la sécrétion détermine la distension générale de la capsule. « Dans les petites articulations arthrodiales, et

dans les gaînes des tendons, au contraire, la membrane synoviale, étant revêtue à l'extérieur par des plans fibreux, solides et résistans, ne saurait se dilater uniformément sous l'influence de la même cause. Lorsque de la synovie s'y accumule, elle fait effort de toutes parts contre les parties qui la soutiennent, et bientôt s'engageant entre les légers intervalles des trousseaux aponévrotiques, ou même y produisant quelque éraillement considérable, elle proémine au dehors, se développe de plus en plus, et reçoit des quantités variables de synovie, de manière à constituer une tumeur ganglionnaire plus ou moins considérable. » On verra ce qu'il faut penser de cette confusion du ganglion avec les tumeurs analogues formées aux dépens des synoviales articulaires.

Je pourrais citer encore M. le professeur Velpeau, dont l'article *Kystes synoviaux* (*Méd. op.*, t. III) me sera fort utile dans la suite de cette lettre; Boyer, qui traite du ganglion dans son onzième volume, où il rapporte un bel exemple de *kyste hydatiforme* du poignet; M. Vidal (de Cassis), qui, dans son ouvrage (1), a écrit un article complet sur les maladies des bourses muqueuses ou synoviales, et beaucoup d'autres auteurs. Mais, comme je l'ai dit, mo nintention ne pouvait être de nommer tous les chirurgiens qui ont parlé du ganglion. Je voulais seulement montrer qu'il règne des différences sur la manière d'envisager cette tumeur, et, par suite, faire apercevoir la nécessité d'une définition précise, qui ne saurait l'être davantage, puisqu'elle se déduit de l'anatomie.

Les bourses muqueuses ou synoviales sont distinguées en

(1) *Traité de Pathogie externe et de Méd. opérat.* Paris, 1839, t. 1, pag. 210 et suiv.

deux grandes classes : les *tendineuses* et les *sous-cutanées*. Celles-ci sont *vésiculaires*. Les premières ont été distinguées par Fourcroy en *vaginales*, formant étui, et en *vésiculaires*, véritables bourses, sous-jacentes au tendon et ne l'enveloppant pas. Les sous-cutanées sont *normales* ou *accidentelles*. J'ai cité, relativement à ces dernières, un exemple tiré de Brodie. On connaît celui des tailleurs observés par M. Velpeau, qui portaient de semblables bourses aux chevilles, lesquelles bourses s'étaient formées par suite du frottement qu'avait subi la partie, en raison de la position que prennent les tailleurs sur leurs établis, et étaient devenues, sous l'action persistante de la même cause, le siège de tumeurs.

Ainsi deux classes de bourses synoviales : 1° bourses synoviales tendineuses ; 2° bourses synoviales sous-cutanées.

Toutes les fois qu'une humeur plus ou moins filante, très rarement limpide, s'accumulera dans une poche sous-cutanée normale ou accidentelle, la tumeur sera un *hygroma*. Lorsque la même humeur s'accumulera dans une bourse tendineuse, elle constituera le *ganglion*. Je ne dis pas que cette dénomination soit convenable, mais elle date de loin, puisqu'elle vient d'Hippocrate, et l'on ne semble pas disposé à l'abandonner ; l'essentiel est de bien la définir. Voici donc ce que l'on doit entendre par ganglion : une tumeur formée aux dépens d'une synoviale *tendineuse* par l'accumulation d'un liquide plus ou moins analogue à la synovie.

C'est au dos du poignet et de la main, et sur le coude-pied, qu'on observe le plus souvent cette espèce de tumeur. Une variété très grave est celle qui se présente à la face antérieure du carpe, et dont le siège est la bourse commune aux tendons des muscles fléchisseurs des doigts.

M. J. Cloquet parle de deux tumeurs qu'il a observées, l'une entre le grand trochanter et le tendon du grand fessier, l'autre entre la tubérosité de l'ischion et le bord inférieur de ce même muscle. Dans les deux cas, la tumeur contenait un très grand nombre de corps étrangers d'apparence fibro-cartilagineuse : plusieurs centaines dans le premier, et plusieurs milliers dans le second. Il est à remarquer qu'il se trouve aux environs de l'articulation coxo-fémorale diverses bourses synoviales tendineuses, que j'ai désignées sous des noms appropriés à leur siège, dans ma thèse, et qui rendent compte des tumeurs dont il vient d'être parlé ; tumeurs qui étaient, par conséquent, de véritables ganglions. C'est là, aux environs de l'articulation indiquée, que se trouve un type de bourse tendineuse vésiculaire, celle que j'ai appelée *psoas-iliaque*, véritable ampoule qui sépare la branche pubienne et le ligament capsulaire, du tendon du muscle psoas-iliaque.

Aux environs du genou se trouvent pareillement un grand nombre de ces bourses :

« Jancklus en indique deux, l'une entre les tendons réunis des crural et droit antérieur, et la capsule ; la seconde, entre les deux tendons. Fourcroy n'a jamais vu ni l'une ni l'autre ; mais il les décrit.

« *Deux rotuliennes latérales* s'insérant de chaque côté de la rotule, et ne communiquant pas avec la cavité.

« *Pré-tibiale*. Située entre le ligament rotulien et le haut du tibia ; sans communication avec l'article (Fourcroy).

« Albinus a indiqué une bourse synoviale entre le tendon du demi membraneux et la capsule du genou.

« Sabatier, une autre entre le tendon et la facette du tibia, sur laquelle il glisse.

« Deux autres, indiquées par Jankins, ne sont pas constantes.

« Il y en a trois sous les tendons des muscles couturier, grêle interne et demi tendineux. Quelquefois il n'en existe qu'une, qui, alors, est très large.

« Une sous le tendon du gastro-cnémien interne.

« L'extrémité inférieure du tendon du biceps présente souvent deux bourses synoviales : l'une qui lui est commune avec le tendon du gastro-cnémien externe ; l'autre, située entre la face interne de son tendon et le ligament latéral externe du genou.

« Bourse synoviale *poplitée*. Se trouve entre le tendon du poplité, le péroné, le tibia et le fémur ; communique avec l'article.

« Mentionnons, enfin, la bourse synoviale du ligament croisé postérieur. » (*Thèse citée*, page 18).

Aussi, les auteurs, M. Velpeau entre autres, parlent-ils de ganglions observés à l'entour de cette articulation.

M. Velpeau en a vu un sur la tête du péroné, dans l'une des bourses synoviales de l'extrémité inférieure du biceps.

Dalechamps dit avoir observé, au-dessous de la cheville, un ganglion extrêmement douloureux à la pression ; mais rien ne prouve que ce fût réellement un ganglion. Dalechamps, que je n'ai consulté qu'en dernier lieu, m'aurait mis sur la voie, pour le passage d'Hippocrate dont il a été question (*Chirurgie française*).

M. Cloquet parle d'une tumeur qu'un homme portait en dehors du genou, et qui lui semblait formée par le *prolongement de la capsule synoviale du genou qui accompagne le tendon du muscle poplité*. Ce prolongement n'est autre chose que la bourse tendineuse poplitée, qui, comme on l'a

vu, communique effectivement avec l'articulation. La tumeur disparaissait par la pression. M. le professeur Placide Portal, de Palerme, a vu un ganglion sur le pouce. J'en parle d'après M. Velpeau. On a observé des ganglions aux autres doigts.

Plusieurs ganglions peuvent exister chez le même individu. M. Velpeau en cite des exemples.

Mais, comme je l'ai dit, c'est au dos de la main et du poignet, ainsi qu'au coude-pied, que les ganglions se présentent le plus fréquemment. Quant à celui qui a pour siège la capsule commune des fléchisseurs des doigts, et qui s'observe au devant du carpe, ganglion que, pour cela, j'appellerai *précarpien*, il mérite, en raison de sa gravité et des considérations qui lui sont spécialement applicables, d'être étudié séparément. Je n'en parlerai pas dans cette lettre.

Permettez-moi, maintenant, d'appeler votre attention sur les caractères anatomiques du ganglion. Voici ce que je lis, à cet égard, dans l'article de M. J. Cloquet :

« Les parois des ganglions sont ordinairement fort minces, demi transparentes et parsemées de vaisseaux sanguins capillaires; rarement acquièrent-elles l'épaisseur qu'on observe dans beaucoup de kystes séreux avec lesquels il ne faut pas les confondre. Le liquide qu'elles renferment est communément diaphane, albumineux, semblable à du blanc d'œuf, et de consistance variable. Quelquefois c'est une gelée rougeâtre, épaisse, qui ne s'écoule qu'avec difficulté, ou bien une humeur séreuse fort limpide. »

Suivent des remarques sur les corps étrangers qui nagent au milieu du liquide des ganglions. Mais ces corps étrangers sont particuliers, en quelque sorte, au ganglion précarpien.

« Toutes les fois que l'on ouvre les tumeurs de ce genre on les trouve formées par des renflemens de la membrane synoviale, souvent fortifiée à l'extérieur au moyen de feuillets celluleux ou fibreux dilatés, contenant un liquide filant, blanchâtre ou jaunâtre, onctueux au toucher, et communiquant avec l'articulation ou la gaîne tendineuse la plus voisine, à l'aide d'une ouverture de figure et de dimension très diverses (art. cité, t. VIII, pag. 622). »

Ce paragraphe, que j'extrais de l'article de M. Bégin, prouverait que, dans le ganglion, il existe une communication entre le kyste et la gaîne. Mais, s'il en était ainsi, le liquide devrait pouvoir disparaître dans la gaîne, par la pression, pour revenir ensuite. Ce reflux du liquide s'observe dans les kystes synoviaux articulaires, et c'est précisément un moyen de distinguer le ganglion d'avec ces kystes, moyen diagnostique indiqué par M. J. Cloquet, comme on le verra plus loin. Si ce phénomène a lieu dans un cas et n'a pas lieu dans l'autre, c'est que, dans le premier, il y a communication, tandis que, dans le second, cette communication n'existe pas.

Monteggia cite l'opinion de Latta, qui parle d'extirper la tumeur en entier, et critique cette opinion, en ce que, dit-il, il est impossible d'enlever toute la tumeur, le fond de celle-ci étant formé par le tendon. A mon tour, je crois l'opinion de Monteggia inexacte. Voici ce qui arrive : dès les premiers temps de la formation du ganglion, la poche séreuse adhère au tendon, par son collet; ensuite son fond s'élargit insensiblement, et à cette dilatation progressive du fond correspond un rétrécissement parallèle du collet, jusqu'à ce que celui-ci n'offre plus de cavité à travers laquelle on puisse, avec un stylet, parvenir au tendon, et ne

soit plus qu'un pédicule, qu'on n'aurait qu'à exciser d'un coup de ciseaux, comme le fit M. Barthélemy, dans un cas à moi connu, si l'on voulait extirper le kyste.

L'anatomie du ganglion avait été parfaitement indiquée, il y a près de cent ans, par Eller, dans un article ayant pour titre : *Exposition anatomique de l'origine et de la formation du ganglion*, et inséré dans les Mémoires de l'Académie royale des sciences de Berlin, année 1746. Ce travail a été oublié, excepté par M. Sam. Cooper, qui ne fait que le citer en note, sans donner de détails. Il est cependant, pour l'époque, et même, absolument parlant, si digne de remarque, qu'il ne vous sera pas indifférent d'en prendre connaissance. C'est pourquoi, dans le but également d'être utile aux lecteurs des *Annales*, et pour que justice soit rendue à son auteur, je vais en transcrire ici la plus grande partie.

« Il y a déjà plusieurs années que je commençai à révoquer en doute les sentimens que les auteurs nous enseignent sur la nature de cette tumeur. L'extirpation qu'un chirurgien de la campagne entreprit sur un chasseur, qui était incommodé d'un ganglion assez gros au carpe, me détermina à faire des recherches plus exactes sur l'origine et sur la cause de cette tumeur. Car, quoique le chirurgien n'eût fait autre chose que séparer un peu la peau extérieure pour fendre la tumeur en haut seulement, et pour faire écouler par là le contenu du sac, ce dont il s'était bien acquitté, il s'ensuivit néanmoins, le deuxième jour après, des accidens fort douloureux qui firent bien souffrir le malade. Car, nonobstant les précautions qu'il avait prises par des remèdes topiques, une enflure considérable de la main, jointe à une fièvre inflammatoire avec une constriction spasmodique des

tendons dans l'avant-bras, ne discontinuèrent que le dixième jour après l'opération, et la cicatrice traîna beaucoup de semaines avant que de se fermer entièrement. Tous ces symptômes me firent faire cette réflexion.

« Puisque les autres tumeurs enkystées ne montrent aucun de ces fâcheux accidens quand on les déracine par l'opération avec les précautions requises, il faut que les ganglions soient d'une autre nature, et que leur origine soit différente de celle des tumeurs enkystées.

« Je trouvai dans la suite l'occasion de disséquer, avec toute l'attention possible, un ganglion dans une personne tout récemment décédée ; je répétai quelque temps après la même chose avec la même exactitude, et je m'aperçus, après la séparation de la peau extérieure, que la tumeur sphérique, couverte d'une membrane assez forte, se rétrécissait vers sa base, et formait une espèce de col, qui tenait assez fort avec un des tendons des muscles extenseurs des doigts. L'ayant ouverte, je trouvai une matière assez semblable à la gelée de corne de cerf, mais un peu plus épaisse. En examinant la racine, je rencontrai les fibres du tendon dans leur état naturel, bien rangées et nullement altérées par le sac ou par la matière qu'il contenait. Je ne pus jamais découvrir la moindre marque de corruption dans ladite matière du sac : il était d'un mélange et d'une consistance tout-à-fait uniforme, claire et tranparente, sans odeur et sans âcreté au goût. Tout cela m'étonna, d'autant plus que je ne pouvais le concilier avec la cause de ces symptômes violens que j'observai de la même façon dans une autre personne à qui on avait fait l'extirpation, de la même manière et avec les mêmes précautions. Je tâchai aussi de faire évaporer l'humidité de la matière contenue dans le ganglion, et je ne trouvai autre chose que ce qui arrive

quand on chauffe le blanc d'un œuf sur un feu proportionné.

« Toutes ces circonstances me déterminèrent à chercher l'origine et la véritable cause de ces phénomènes, dans la structure du tendon même, où je trouvai une connexion si étroite avec le ganglion : mais sa structure et sa consistance naturelle, nullement changées à l'endroit de la cohésion avec la tumeur, me firent rencontrer beaucoup de difficultés d'abord ; jusqu'à ce qu'il me souvînt d'avoir toujours trouvé dans la dissection des cadavres, une espèce de gaîne ou fourreau membraneux dans lequel les tendons se glissent.

« Ceux qui connaissent seulement un peu la structure du corps humain, n'ignorent pas ce que c'est qu'un tendon. Les muscles, comme organes du mouvement, sont composés de fibres charnues qui forment, avec les vaisseaux sanguins et les nerfs, le corps du muscle. Vers les deux bouts du muscle, ces fibres s'unissant plus étroitement deviennent blanchâtres et luisantes, et forment une membrane forte et mince appelée communément *aponévrose*, et s'amassent en un cordon épais et fibreux qu'on nomme tendon. Chaque fibre musculaire dans le corps du muscle est enveloppée d'une membrane très déliée ou d'un tissu caverneux extrêmement fin, qui est l'issue de la tunique adipeuse, ou membrane cellulaire, qui se rencontre partout au dessous de la peau extérieure, comme aussi aux endroits où la nature a formé des fibres musculaires. Toutes ces pellicules membraneuses, ayant abandonné les fibres musculaires à l'endroit où le tendon commence à se former, y composent le tissu cellulaire : cet étui est cette gaîne qui accompagne le tendon partout, et qui, à son insertion ou attache à l'os, se perd dans les ligamens des articulations. Mais cette gaîne serait plus embarrassante qu'utile aux tendons, si elle n'était en même temps l'organe des excrétions

d'une humidité extrêmement molle, tendre, et visqueuse, qui enduit partout les fibres tendineuses aussi bien que les parois ou la surface intérieure de ladite gaîne, ce qui les rend fort glissans l'un contre l'autre, et facilite extrêmement le mouvement du tendon.

« Il paraît que les anatomistes en général ont négligé la recherche de cette gaîne ou enveloppe du tendon, et qu'ils n'ont pas remarqué son origine ni son usage. Cette inadvertance est proprement la cause qu'on n'a pas pris garde non plus à la formation de la tumeur en question, ou de notre ganglion.

« Supposons à cette heure qu'un tendon souffre quelque force de dehors, comme des coups, des compressions violentes, des extensions outre mesure, des contusions ou des meurtrissures, des efforts en levant ou poussant quelque corps pesant, etc., de sorte que cette enveloppe ou gaîne se déchire un peu ou s'entr'ouvre par des violences pareilles; il s'ensuivra absolument que cette humidité, que l'enveloppe du tendon sépare et garde dans sa cavité, s'échappe insensiblement par cette ouverture, et ne trouvant point d'espace pour se dérober, elle est contrainte de se nicher dans la tunique adipeuse de la peau, d'étendre la cellule la plus voisine de cette membrane, et à mesure que la collection de ladite liqueur augmente avec le temps, les vésicules les plus proches s'effacent, et forment, par une espèce de cicatrice ou concrétion, une membrane assez forte en forme d'un sac qui renferme l'humidité visqueuse échappée par l'ouverture de la gaîne du tendon, dont la partie la plus subtile se glisse dans les pores des vaisseaux voisins; le reste s'épaissit sous la consistance d'une humeur épaisse et visqueuse, telle que je l'ai rencontrée dans la dissection de plusieurs ganglions.

« Si la force de la lésion externe n'est pas assez grande pour que la gaîne se puisse ouvrir entièrement, et qu'il reste quelques lamelles entières de la membrane qui la composent, cet endroit, comme le plus faible, doit céder à la pression de la liqueur qui s'amasse, et doit former par conséquent un sac, ou une tumeur semblable à la précédente, laquelle on pourrait nommer *anévrysme de la gaîne du tendon*.

« Cette véritable théorie de l'existence et de la formation du ganglion se confirme encore par la méthode dont on se sert plutôt pour faire disparaître pour quelque temps cette enflure, que pour la guérir radicalement. On frappe la tumeur avec un marteau à coups réitérés jusqu'à ce que l'enveloppe ou le sac se crève ; alors l'humeur épanchée s'insinue à l'entour dans les cellules de la tunique adipeuse ; et comme la cause de l'accroissement de la tumeur subsiste encore après cette opération, le ganglion se forme de nouveau de la même manière que j'ai dit auparavant.

« Il paraît peut-être extraordinaire, et même paradoxal, que cette petite ouverture ne se ferme pas sitôt, à l'imitation des autres plaies de notre corps ; mais la difficulté de la réunion nécessaire se montre d'abord, lorsqu'on considère que les muscles et tendons de la main où cet accident existe, sont presque dans une agitation perpétuelle, ce qui empêche constamment la consolidation, surtout dans les membranes, et dans les autres parties de notre corps dont les vaisseaux ne charrient pas un sang rouge.

« Les accidens fâcheux que j'ai vus arriver quelques jours après l'extirpation de ces tumeurs ne doivent pas surprendre, quand on fait réflexion à la sensibilité et à la délicatesse des tendons. Le pus ou la matière qui se forme dans la plaie deux jours après l'opération ne peut produire d'autres effets par

son picotement que des contractions spasmodiques dans ces parties nerveuses, et par conséquent une compression des vaisseaux sanguins, un empêchement dans la circulation du sang; ce qui cause enflure, inflammation, fièvre et tout ce qui en dépend.

« Le développement convainquant de l'origine et de la formation du ganglion nous explique aussi la nature et l'existence d'un autre accident qui arrive souvent aux tendons des muscles fléchisseurs des doigts dans la paume de la main, nommé *crispatura tendinis*, ou entortillement d'un tendon. Ce symptôme arrive après des efforts très violens qui causent une inflammation du tendon et de sa gaîne. Par cette circonstance la sécrétion de la liqueur visqueuse est interrompue, celle qui existe actuellement est desséchée, d'où s'en suit une concrétion du tendon avec sa gaîne, son accourcissement et sa dureté.

« Cette démonstration explique aussi ce qui arrive aux tendons des extrémités après de fréquens accès de goutte. La matière goutteuse déchargée à ces endroits y cause au commencement une sécrétion plus copieuse des humeurs dans les gaînes des tendons, puis la chaleur de l'inflammation les dessèche. Cette action réitérée forme des nœuds, ou la goutte nouée. La matière dure et sèche que j'y ai trouvée est entièrement semblable à cette liqueur visqueuse du ganglion desséchée au feu, ou au blanc d'œuf quand on le dessèche de la même façon. »

Tout m'a paru intéressant et utile à faire connaître dans cet article. D'après le dernier paragraphe, les tophus seraient primitivement des ganglions.

Le liquide contenu dans la tumeur est quelquefois purement séreux, et ce serait, d'après M. Velpeau, une circons-

stance favorable à l'issue de l'opération, en ce que la récidive serait moins facile que lorsque le liquide est gélatineux. La consistance de l'humeur correspondrait, d'après cela, à un état de dureté du kyste, moins propre dès-lors à contracter l'adhésion. L'humeur est d'autant plus épaisse, en général, et le kyste d'autant plus dense, que le ganglion est plus ancien. Dans tous les cas où j'ai donné issue au liquide, je l'ai trouvé absolument semblable à de la gelée de groseille blanche. Ce liquide peut être rosé, s'il s'est fait un peu d'exhalation sanguine à travers les parois du kyste.

J'ai peu à dire sur les causes du ganglion. Elles se rapportent toutes à des froissemens, à des contusions (le froissement est un degré de la contusion), à des mouvemens brusques, qui ont pour effet la distension instantanée de la toile synoviale, ou à des mouvemens répétés, qui en produisent le relâchement. Au coude-pied, la cause la plus fréquente du ganglion paraît être la pression exercée par la chaussure. Au poignet, ce sont plus souvent des mouvemens brusques ou répétés, qui le déterminent. Dernièrement, j'ai observé un ganglion chez une blanchisseuse, et il était naturel de l'attribuer chez elle aux mouvemens que sa profession exige. J'ai vu un autre ganglion chez un jeune soldat qui apprenait à battre la caisse.

Sabatier ne se rappelle avoir observé de ganglions que sur des femmes, et Monteggia fait remarquer, qu'ils sont plus fréquens chez elles que chez l'homme. C'est aussi l'opinion que vous exprimez dans l'*Expérience*.

Quel est, maintenant, le mécanisme intime de la formation de la tumeur? Se produit-elle, selon la première hypothèse d'Eller, par suite d'une rupture de la gaîne et le passage de

l'humeur synoviale dans le tissu cellulaire environnant, plus tard et insensiblement converti en poche, à l'instar de ce qui arrive pour l'anévrysme faux circonscrit? Ou y a-t-il simple relâchement atonique de la gaîne tendineuse dans un point donné, et consécutivement accumulation du liquide, la membrane étant incapable de réagir sur lui pour le faire progresser? Cette dernière explication me paraît la seule acceptable.

Il n'y a guère à insister non plus sur les symptômes du ganglion. Une tumeur se forme sur le trajet d'un tendon. Cette tumeur est arrondie ou oblongue; elle n'est pas douloureuse à la pression; elle est mobile, c'est-à-dire qu'en la poussant avec les doigts, on la transporte loin de son siège. La tumeur peut être irrégulière, par suite de la présence de quelques fibres accidentelles, qui la brident en un point. La peau qui la recouvre n'a pas changé de couleur. Ce dernier caractère est indiqué comme absolu par les auteurs; il ne l'est cependant pas. La peau peut avoir acquis une teinte rouge non inflammatoire, dépendant de la stase sanguine; cette teinte ne disparaît pas tout de suite après l'opération au moyen de laquelle on a vidé le kyste. Il faut plusieurs mois pour que la circulation s'opère normalement dans la peau ainsi et pendant long-temps congestionnée. C'est ce que j'ai vu dernièrement sur une femme qui portait un ganglion depuis sept ans.

La tumeur semblerait se former assez promptement ou même subitement; mais il est probable que le plus souvent elle existait depuis un certain temps, sous un petit volume, lorsqu'elle fixa l'attention.

La mobilité dont j'ai dit que ces tumeurs jouissent peut

être utilisée dans les opérations que l'on pratique sur elles.

Le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un petit œuf de poule. Dans trois cas de M. Velpeau, deux fois sur le dos du pied (*Méd. op.* t. III, p. 182 et 183), et une fois sur le dos du poignet (p. 177), la tumeur avait le volume d'un demi-œuf. La plus grosse que j'aie vue offrait celui d'une noix.

La tumeur observée à l'ischion par M. J. Cloquet égalait la tête d'un fœtus. Elle s'était développée fort lentement. Le même professeur parle d'un ganglion de la face postérieure de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, qui présentait les dimensions d'un petit œuf.

En général, les ganglions du poignet sont à peine incommodes. Toutefois, le capitaine de G., des tirailleurs de Vincennes, que j'ai opéré d'une de ces tumeurs, en ressentait de la gêne, consistant dans un sentiment de fatigue, lorsqu'il avait agi avec sa main, par exemple, après avoir dessiné. Ce qui porte les personnes affectées de ganglions, les femmes surtout, à vouloir en être débarrassées, c'est l'idée que l'on se fait généralement, dans le monde, des tumeurs qui siègent aux environs des articles, tumeurs confondues sous la dénomination mal sonnante d'*humeurs froides*. On comprend que les ganglions du coude-pied doivent être un sujet d'incommodité, en conséquence de la gêne causée par les bottes, et on aperçoit là une raison plausible d'attaquer le mal. Il doit y avoir gêne, également, lorsque le ganglion siège aux doigts.

En somme, les symptômes du ganglions ont très simples. Il n'en faut pas moins dire quelques mots du diagnostic différentiel.

M. Sam. Cooper mentionne un cas dans lequel un ganglion

en imposa pour un anévrysme de l'artère radiale, sur le trajet de laquelle il était situé, au poignet. L'erreur fut reconnue. Le fait est consigné dans l'*Edinburg medical and surgical Journal,* année 1821.

Je crois nécessaire de rapporter textuellement le passage suivant de l'article de M. J. Cloquet :

« Il faut se donner garde de confondre les ganglions avec certaines tumeurs que nous avons eu plusieurs fois occasion d'observer au voisinage des articulations. Elles dépendent de l'accumulation de la synovie dans une poche herniaire, que forme la membrane synoviale articulaire en s'échappant à travers un écartement des ligamens de l'articulation. J'ai disséqué une tumeur de cette nature sur la face dorsale du carpe d'une femme âgée ; elle avait le volume d'une noisette, et présentait les caractères d'un ganglion, seulement elle disparaissait entièrement par la pression : caractère qui suffisait pour faire reconnaître la maladie ; l'ouverture de communication entre la poche extérieure et la membrane synoviale des articulations carpiennes était fort étroite. J'ai vu un autre cas de ce genre de maladie, placé en dehors du genou d'un homme adulte. La tumeur disparaissait par la pression, et le liquide qu'elle renfermait me parut contenu dans le prolongement de la capsule synoviale du genou qui accompagne le tendon du muscle poplité. Un malade se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour une tumeur qu'il portait au poignet précisément derrière l'articulation radio-cubitale inférieure. Cette tumeur avait le volume d'une noisette, présentait les caractères d'un ganglion, seulement en la comprimant elle disparaissait presque complétement, et on pouvait alors constater qu'elle dépendait de la membrane synoviale de l'articulation ; elle s'était

développée rapidement à la suite d'une entorse du poignet. Les applications répétées de sangsues, les émolliens et le repos ont suffi pour la faire disparaître. »

On voit par ce passage combien il importe de ne pas confondre dans la même description et sous le même titre, les ganglions et les kystes synoviaux articulaires. A coup sûr, on serait à même de sentir la différence, si l'on avait à comparer, sous le rapport du danger, un cas dans lequel on aurait incisé un simple ganglion, et celui où l'on aurait ouvert un kyste synovial, c'est-à-dire une tumeur en communication avec un article.

Parlerai-je des terminaisons et du pronostic?

On a vu le ganglion disparaître spontanément, Moïnichen, cité par M. Velpeau, dit avoir observé de ces tumeurs qui disparaissaient aux approches des couches, pour reprendre ensuite leur volume primitif. J'ai moi-même connaissance d'un cas dans lequel, sur une femme également, la tumeur disparaissait en été. Je crois qu'elle finit par ne plus revenir.

M. Champion, cité aussi par M. Velpeau, a vu une de ces tumeurs qui s'affaissa plusieurs années de suite, tous les deux ans, vers le printemps; « mais, ajoute M. Velpeau, il paraît que dans ce cas, l'affaissement du kyste était dû à ce que l'accumulation du liquide en déterminait la crevasse. On conçoit, en effet, que la maladie puisse se comporter alors comme l'hydrocèle qui se rompt accidentellement pour se reproduire bientôt après. » M. Velpeau a vu de ces tumeurs s'affaisser et disparaître définitivement.

La tumeur peut s'affaisser par excès de distension et rupture du sac, ainsi qu'on vient de le voir; mais il est supposable aussi que le même phénomène peut se produire par

l'absorption du liquide, et comme le dit poétiquement Monteggia, par le subit réveil des lymphatiques.

On voit souvent (M. Velpeau en cite plusieurs exemples) des personnes porter pendant de longues années, et toute leur vie, des ganglions qui ne les incommodent en aucune façon.

Le ganglion, qui, en soi, n'a aucune espèce de gravité, peut devenir, par suite de tentatives chirurgicales, l'occasion de dangers notables.

J'arrive, enfin, au traitement, et je divise les moyens recommandés en moyens topiques et en moyens chirurgicaux.

Je n'aurais rien à dire des moyens internes, que l'on s'étonnera peut-être de me voir mentionner dans cet article, si je n'avais à tenir compte de l'observation de M. Ch. H., qui après avoir consulté tous les chirurgiens de Paris, se mit, d'après l'avis de Laënnec, à l'usage du muriate de soude, dont il prit jusqu'à trois onces par jour, et guérit dans l'espace de trois mois. Ce M. Ch. H. est l'auteur de l'article *Ganglion* de l'*Encyclopédie méthodique*.

Moyens topiques.

Ils ont pour inconvénient capital de n'être que fort rarement efficaces, et, quand ils le sont, d'exiger un très long temps.

« A celles (tumeurs) qui sont près les tendons, et aux iointures, ne faut toucher par ferrement, mais y appliquer ammoniac, et galbanum dissoult en vinaigre et eau-de-vie.... Aussi l'emplastre de Vigo *cum mercurio duplicato*. Et après l'auoir amolli faut frotter et presser dessus, tant et si fort qu'on rompe son kyst : ce que i'ay fait par plusieurs fois. La lamine de plomb frottée de vif-argent, appliquée des-

sus auec forte ligature, les consomme, principalement quand on a rompu le kyst » (A. Paré, *Œuvres complètes*, Paris, 1840, t. 1, pag. 357).

On a conseillé les frictions avec un liniment mercuriel camphré.

« En Angleterre, dit M. Samuel Cooper, on se sert communément d'huile d'origan administrée en frictions. J'ai vu souvent ces tumeurs diminuer de beaucoup par l'emploi de ce moyen; mais il est rare que la guérison soit complète; car aussitôt que l'on suspend les frictions, le liquide s'accumule ordinairement dans le kyste. »

La lamine de plomb est d'usage très ancien : « Laminea plumbea, ganglio illigata, plane ipsum dissipat » (*Galenus de simpl. med. facult.* lib. 9).

Monteggia, qui en parle aussi, conseille, en outre, l'emplâtre et l'onguent mercuriels; l'emplâtre de ciguë, celui de gomme ammoniaque dissoute dans le vinaigre scillitique; l'emplâtre savonneux; les frictions avec l'esprit de savon; les feuilles fraîches et pilées de belladone, ou la décoction de la même plante; enfin, l'électricité.

Pour les cinq espèces de tumeurs enkystées, parmi lesquelles figure le ganglion, Dionis prescrit « des linimens avec des huiles de lis, de camomille, de limaçons, de vers de terre ou de sureau. » Il ajoute : « On mettra dessus les emplâtres de ciguë, de laudanum, de savon, de grenouilles avec le mercure, le divin, et le diabotanum qui est composé de plantes les plus résolutives, inventé par M. Blondel, fameux médecin de la faculté de Paris. »

Vous avez vous-même, mon cher confrère, employé sans efficacité la plupart des emplâtres fondans, le vigo, les pommades iodurées, etc. (*Expérience*, n° du 3 juin 1841).

Un moyen analogue, mais plus énergique, et surtout révulsif, vous a réussi ; car vous dites : « J'ai eu souvent recours aux emplâtres de poix de Bourgogne, sur lesquels on avait étendu de l'émétique ; à la suite de l'éruption déterminée par ce médicament, j'ai vu quelquefois le ganglion disparaître. » (*Ibid.*)

D'après Gilibert, des sachets de plâtre ou de feuilles de lavande produiraient de bons effets (Velpeau).

« Les frictions aromatiques, mercurielles, camphrées, d'huile de laurier, de savon et d'eau, *de salive*, les emplâtres fondans, les frictions dures et répétées, les bains d'eau sulfureuse paraissent également avoir procuré quelques succs. Dupuytr en aurait, au dire de M. Boubouckі, dissipé un ganglion synovial du jarret à l'aide de simples douches. »

M. Velpeau, auquel j'emprunte ce passage, ne montre pas de confiance en ces divers moyens, et je pense, en effet, que l'on peut, sans se compromettre, rejeter la salive, par exemple, de la thérapeutique du ganglion.

Moyens chirurgicaux.

Vésicatoires. Les vésicatoires volans répétés ont été employés avec succès par M. Velpeau, dans plus de dix cas, notamment chez une dame qui portait au dos du pied, vis-à-vis de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, un ganglion du volume d'une grosse noix, et qui ne voulait se soumettre à aucune opération proprement dite. Dans ce dernier cas, on employa en même temps des frictions résolutives et la compression. Malgré ces succès, M. Velpeau pense que la plupart des kystes résistent à l'action du vésicatoire. J'apprécierai, en terminant, les divers moyens que j'aurai énumé-

rés, et l'on verra quel cas on doit faire de celui-ci. Jægen, cité par M. Sam. Cooper, aurait proposé l'emploi des vésicatoires camphrés.

Je ne dirai rien du moxa, employé par M. A. Séverin et par M. Champion, si ce n'est qu'il doit être absolument rejeté.

Caustiques. Ils furent employés dans un cas dont parle M. Velpeau, et la guérison n'eut lieu qu'après des accidens inflammatoires fort graves. Ces moyens, très douloureux, auraient, en outre, pour résultat, de laisser des cicatrices difformes.

Compression. Elle était associée, comme on l'a vu, à l'emploi de la lamine de plomb, et date de loin. On a cité des exemples de guérison par ce moyen, mais il ne peut agir que très lentement; et comme, d'autre part, toute compression est incommode ou même douloureuse, il s'ensuit qu'on ne doit pas l'appliquer à titre de moyen principal. On verra plus loin le parti que l'on peut en tirer autrement.

Ecrasement. On l'opère, soit à l'aide des pouces croisés sur la tumeur, soit à l'aide d'un cachet, ou mieux d'un coup de maillet, la tumeur étant recouverte d'un morceau de carton, ce qui est la pratique de M. Champion; soit avec un étau. M. Velpeau a vu très souvent, dans son enfance, des paysans rompre des kystes synoviaux à l'aide du maillet. Ils appellent cela dénouer les nerfs. L'écrasement avec les pouces est très difficile à produire si la tumeur est ancienne. J'ai connaissance d'un cas dans lequel M. Lisfranc y a mis toutes ses forces, s'est fait aider, et n'a pu réussir à rompre le kyste. Il est facile, au contraire, d'écraser un ganglion récent, et l'écrasement est, sans contredit, le meilleur moyen à mettre en usage alors. Je fus consulté pour une jeune dame qui por-

tait un ganglion au dos du poignet; il y avait seulement quelques jours qu'elle s'était aperçue de la présence de la tumeur; le ganglion fut écrasé par le mari, et une compression solidement maintenue pendant deux jours. La tumeur n'a point reparu. L'adhésion réciproque des parois est d'autant plus facile que la tumeur est plus récente, de sorte que, en rompant un kyste récent, on a lieu d'espérer un résultat définitif, tandis qu'un kyste ancien sera sujet à revenir, malgré même la compression. Il m'est impossible de comprendre, d'après cela, que, dans un cas mentionné par M. Velpeau, M. Champion se fût proposé de laisser grossir le kyste pour le rompre.

Quant à l'écrasement avec le maillet, M. Velpeau, qui penche cependant pour ce moyen, cite trois cas dans lesquels il détermina une vaste inflammation, suivie de suppuration, accidens qui menacèrent long-temps la vie des malades. On comprend, en effet, qu'une partie de la force employée doit agir sur les tissus sous-jacens à la tumeur, et y produire une contusion, ce qui aura lieu surtout si le ganglion est assez dur pour résister à un premier coup.

Voici, enfin, votre manière de pratiquer l'écrasement, sur laquelle je vous demanderai à m'expliquer en toute franchise : « Quand les doigts ne sont pas assez forts pour obtenir ce résultat, je place le poignet, bien garni de flanelle, dans un étau dont on peut régulariser la force avec le dynamomètre, et rompre ainsi le kyste. Le kyste rompu, le liquide qu'il contient s'épanche dans le tissu cellulaire, où il est absorbé. » Je vous avouerai que l'étau est un instrument qui me cause une certaine appréhension. Il ne faut pas agir comme s'il n'y avait que le ganglion entre les branches de l'étau. Je suis bien loin, assurément, et je n'avais pas be-

soin de le dire, de contester, en quoi que ce soit, les succès que vous devez à ce moyen, mais il est bien certain que je ne voudrais pas l'employer. Au reste, tous ces procédés seront jugés ensemble dans mon appréciation finale.

Percussions répétées. — Mon ami, M. le docteur Denis, a guéri plusieurs ganglions en les faisant percuter journellement avec le dos d'une cuillère; insensiblement le kyste s'enflammait et se ramollissait; après quoi il était facile de le rompre au moyen d'une pression un peu forte. On a conseillé de presser et de malaxer le ganglion tous les jours avec le pouce; mais la percussion, comme elle vient d'être indiquée, vaut mieux.

Séton. — Je n'en parle que pour mémoire. Rien de facile, dit M. Velpeau, comme de passer trois ou quatre fils simples à travers un ganglion; mais, dit aussi ce professeur, on s'exposerait, soit à une inflammation purulente qu'il serait difficile de modérer, soit, au contraire, à n'obtenir qu'un degré d'irritation trop faible pour que l'adhésion pût se produire. On cite un cas de dégénérescence fongueuse de l'intérieur du ganglion par suite du passage d'un séton au travers de la tumeur.

Injections irritantes. — Les praticiens les redoutent, à cause du voisinage des articulations, auxquelles l'inflammation peut s'étendre. M. Velpeau parle d'une femme qui avait un kyste au dos du poignet, et qui, traitée par ce moyen, fut prise d'érysipèle phlegmoneux. Ce professeur n'a pas moins cherché à guérir des ganglions par les injections iodées, qu'il applique si heureusement à l'hydrocèle, et il a réussi dans plusieurs cas, sans avoir jamais vu d'accidens survenir. Il prescrit de faire la ponction avec un petit trois-quarts, non

avec le bistouri, et de laisser dans l'intérieur du kyste un peu du liquide injecté. Il rejette les injections vineuses.

Incision. — L'incision simple a été employée, mais elle offre des dangers, par suite du contact de l'air avec la surface séreuse, et laisse d'ailleurs une cicatrice, résultat contre lequel beaucoup de personnes veulent être prémunies, si la partie est à découvert.

A la fin du paragraphe dans lequel M. le professeur Velpeau traite de l'extirpation, je trouve le passage suivant qui appartient à l'incision :

« Je dirai toutefois que maintenant je regarde comme superflu de disséquer de pareilles tumeurs, que j'arrive au même but avec infiniment moins de difficultés et de douleurs, en me bornant à ouvrir, à fendre largement toute la poche, que je remplis aussitôt de boulettes de charpie pour la faire suppurer, et la traiter ensuite absolument comme un abcès. L'opération alors est d'une simplicité remarquable, et j'ai pu me convaincre qu'elle procurait une guérison aussi prompte et aussi constante que l'extirpation du kyste proprement dit.»

Je ferai remarquer, avec M. Velpeau lui-même, contre une pareille opération, que « l'inflammation purulente, au voisinage des cavités articulaires, est toujours un phénomène redoutable, » et que rien ne paraît propre à déterminer une inflammation vive, capable de s'étendre aux articles voisins, comme l'introduction de corps étrangers dans la cavité séreuse que représente l'intérieur du ganglion.

Extirpation. — M. Velpeau l'a pratiquée une quinzaine de fois, et jamais il n'a observé d'accidens menaçans. Chez une femme seulement, il y eut crainte de voir se développer un érysipèle phlegmoneux, que l'on prévint à l'aide des antiphlogistiques. M. Champion, cité par M. Velpeau, parle d'une jeune

femme à laquelle il pratiqua l'extirpation d'un ganglion siégeant sur le tendon extenseur du médius de la main gauche, et chez laquelle une inflammation survint, qui eut pour effet la formation de trois abcès. Malgré les succès de M. Velpeau et de quelques autres chirurgiens, on ne saurait contester que l'extirpation des ganglions n'offre de sérieux dangers; je dirai plus loin, d'une manière explicite, pourquoi elle doit être rejetée, et je me trouverai d'accord en cela avec M. Velpeau, qui à la fin de son article, dans son appréciation résumée, l'exclut, à titre de moyen inutile et dangereux.

Ligature. — On ne comprend pas que ce moyen figure encore parmi ceux que l'on peut appliquer au ganglion. Pour qu'il devînt applicable il faudrait que le ganglion fût pédiculé extérieurement, ce qui na pas encore été observé.

Ponction. — On parle d'un procédé de Monro, qui aurait conseillé de ponctionner la tumeur, et d'aspirer ensuite le liquide, au moyen d'une seringue ou d'une bouteille élastique. Mais c'est pour l'empyème, ainsi que pour la paracenthèse, et non pour le ganglion, que Monro indique cette pratique.

La ponction est un des premiers moyens qui aient dû venir à l'esprit des chirurgiens. Je l'ai pratiquée une fois avec succès. Dernièrement, quoique le procédé de M. Barthélemy dont je parlerai tout-à-l'heure, m'eût parfaitement réussi précédemment, j'ai voulu revenir à la ponction simple, et la tumeur s'est reproduite. Le ganglion datait de neuf années : c'était sur une femme, demeurant au n° 28 de la rue du Cherche-Midi. Il m'avait semblé qu'il devait être facile d'empêcher l'introduction de l'air dans le kyste, pendant et après la petite opération. Il n'y avait pour cela qu'à profiter de la mobilité du kyste, pour le pousser loin de son siége. La

pression directe sur la tumeur, pendant la ponction, en déterminant immédiatement la sortie de l'humeur, devait nécessairement empêcher l'entrée de l'air; aussitôt après, le kyste revenant à sa place, la piqûre, faite avec une lancette étroite, se trouvait loin de la tumeur, et le contact de l'air était encore, et définitivement, empêché. C'est ainsi que je me conduisis une première fois, et avec succès, comme je l'ai dit. Mais, dans le second cas, la tumeur reparut. Peut-être faut-il en accuser la femme elle-même, qui, gênée par le bandage compressif, dans les usages de son membre (elle était cuisinière), relâcha la compression dès la fin du jour de l'opération. Car je dois faire remarquer que, dans les deux cas, j'ai employé une compression forte, à l'aide d'une pièce de trente sous enveloppée dans du linge, et de compresses de plus en plus larges, de manière à représenter une pyramide renversée. Si la ponction simple était aussi efficace que l'incision sous-cutanée du docteur Barthélemy, je lui trouverais pour avantage de donner issue immédiatement au liquide contenu dans le kyste, et d'éviter l'introduction d'un instrument piquant dans une certaine étendue des tissus sous-tégumentaires, introduction nécessairement plus douloureuse qu'une ponction qui ne diffère pas de celle d'une saignée.

Ponction et incision sous-cutanées. — 1° *Ponction sous-cutanée.* M. Velpeau mentionne le docteur Cumin, comme ayant introduit ce procédé, et renvoie à plusieurs journaux, entre autres aux *Archives de médecine*, dans lesquelles se trouve, en effet, sous forme d'extrait, une communication de M. Cumin, à l'*Edinburg medical and surgical journal, july* 1825.

L'auteur de l'extrait commence par faire ressortir le dan-

ger de l'extirpation, et la difficulté de l'écrasement; après quoi il ajoute :

« Ces diverses considérations ont conduit le docteur Cumin à employer la ponction à l'aide d'une aiguille à cataracte qu'il introduit obliquement sous la peau, et avec laquelle il traverse la tumeur. Dès que l'ouverture est ainsi pratiquée, on presse avec les doigts les différens points de la surface de la tumeur, de manière à déterminer la sortie du liquide filant qu'elle contient, et sa dispersion dans le tissu cellulaire. On applique ensuite des compresses et un bandage roulé qu'on maintient exactement serré jusqu'à ce que l'humeur épanchée soit entièrement absorbée, et qu'il n'existe plus de trace de la tumeur » (*Archives générales de médecine*, t. XIV, p. 252 et 253, année 1827).

Voilà bien un procédé de ponction sous-cutanée. Il ne lui manque que le nom. Je vais transcrire maintenant celui que vous employez et qui en diffère à quelques égards, très légèrement toutefois.

« Il est bien avéré que l'on peut rompre sans crainte les kystes des ganglions, et que l'absorption du liquide épanché est toujours façile si l'air extérieur ne s'est pas mis en contact avec lui.

« Ce fait accepté, je soulève la peau avec le pouce et l'indicateur de la main gauche; la main droite armée d'une aiguille à cataracte, je traverse avec cette aiguille le ganglion dans plusieurs sens, je divise avec la pointe tranchante de l'instrument le kyste, le plus largement possible; puis, laissant retomber la peau en même temps, je retire l'aiguille, détruisant ainsi le parallélisme. Je termine l'opération en écrasant le ganglion; le kyste de celui-ci, perforé en plusieurs sens, bien que la peau ne présente qu'une pe-

tite piqûre, laisse échapper le liquide dans le tissu cellulaire; l'opération est terminée. Mais, pour s'opposer à la reproduction du ganglion, il faut avoir recours à la compression pendant au moins quinze jours; on peut se dispenser d'employer dans ce cas la pommade émétisée. »

Telle est donc, mon cher confrère, la manière d'agir, à laquelle vous devez vingt-et-un succès sur vingt-deux opérations. Vous avez eu la bonté de m'adresser une des personnes que vous avez opérées, et voici son observation d'après les détails qu'elle m'a donnés.

Mademoiselle ***, couturière, s'aperçut, il y a environ dix-huit mois, qu'elle portait au poignet gauche, vers la partie moyenne, un peu plus en dedans qu'en dehors, une tumeur du volume d'une petite noisette, qui s'était formée sans cause connue. Il est à remarquer, cependant, que la grosseur avait été aperçue, un jour que la jeune personne avait savonné. La tumeur était sans changement de couleur à la peau, dure et indolore. Les mouvemens des doigts étaient gênés. Mademoiselle *** alla consulter d'abord M. Roux, qui lui dit qu'il y avait une opération à faire, mais que plus on attendrait, mieux ce serait.

M. Lisfranc fut consulté ensuite, et son avis fut qu'il fallait appliquer sur la tumeur une compression à l'aide d'une pièce de deux sous. Ce chirurgien avait d'abord vainement essayé de rompre le kyste, avec les pouces. La compression fut pratiquée énergiquement par la jeune personne. La main se tuméfia extrêmement. Il fallut renoncer à ce moyen. C'est alors que la malade s'adressa à M. Thierry, qui essaya d'appliquer un emplâtre fondant sur le ganglion. Il n'y eut aucun résultat avantageux. L'opération fut décidée. Une première ponction fut pratiquée avec l'aiguille

à cataracte, introduite de manière à ce que l'ouverture de la peau ne fût pas en rapport avec celle du kyste. L'humeur du ganglion s'écoula dans les tissus environnans. Une bande peu serrée fut appliquée, et M. Thierry prescrivit de mettre sur le ganglion une plaque de plomb qui fut assez fortement serrée. Le dimanche d'ensuite (huit jours après), du liquide s'était reproduit, et le ganglion était encore assez volumineux. Nouvelle ponction, suivie, huit jours après, de l'application d'un vésicatoire. Aujourd'hui, trois semaines après l'application du vésicatoire, il ne reste que la poche du ganglion, manifestement revenue sur elle-même et fermée.

Voici donc, mon cher confrère, une observation de guérison parmi toutes celles que vous possédez. C'est cependant dans cette observation même que je chercherai les preuves de l'inefficacité relative de la ponction sous-cutanée, et de l'infériorité de ce procédé par rapport à celui que je décrirai en dernier lieu. Effectivement, n'avez-vous pas été obligé de pratiquer deux fois la ponction, et, de plus, d'appliquer un vésicatoire ? S'il en est ainsi dans tous les cas, ou seulement le plus souvent, je dois en conclure que la ponction sous-cutanée, pas plus que la ponction simple, dont *à priori* elle ne diffère pas quant aux chances d'adhésion de la poche, n'est un procédé certain. Un de vos opérés resta affecté d'ankylose du poignet. Je n'en tire pas de conséquences contre le procédé, mais il y aurait à se demander si la même chose serait à craindre en suivant celui que je vais faire connaître.

J'ajoute que M. Velpeau dit n'avoir jamais obtenu de guérison radicale par la ponction sous-cutanée, et qu'il regarde comme nécessaire d'adjoindre à ce moyen, non-seulement la compression, mais encore les vésicatoires volans et les frictions résolutives.

M. Barthélemy, dans une note communiquée à la *Gazette médicale* (nº du 7 décembre 1839), cite deux cas de guérison par la ponction sous-cutanée, appartenant à la pratique de M. Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Bordeaux. Mais je fais la remarque que l'époque de l'opération n'est pas indiquée, qu'on ne sait pas si, au moment de l'insertion de la note, il s'est passé un certain temps depuis cette opération, et que, par conséquent, la question de récidive est pendante, dans ces deux cas.

2º *Incision sous-cutanée.* — On a eu le tort — et ce tort, M. le professeur Velpeau permettra à son respectueux élève de le lui reprocher à lui-même — de confondre ce procédé avec le précédent. Cela est si réel que le savant maître, dont je m'honore de suivre encore les leçons, ne dit pas un mot du procédé de M. Barthélemy, qui aurait inventé en 1838 ce que M. Cumin avait imaginé en 1825. On va voir cependant que ce procédé est très distinct de l'autre, et tout-à-fait spécial. Voici le procédé de M. Barthélemy, tel que je le trouve décrit dans la *Gazette des Hôpitaux*, nº du 27 novembre 1838.

« Me fondant sur l'innocuité du moyen qui consiste à rompre ces tumeurs et à répandre dans le tissu cellulaire voisin l'humeur qu'elles renferment, j'ai l'intention de faire à un demi-pouce au-dessus ou au-dessous d'elles, un pli transversal à la peau, de plonger à la base de ce pli une espèce de fer de lance mince, étroit et porté sur une petite tige arrondie, d'une certaine longueur, d'arriver en filant sous la peau jusqu'au-delà de la bourse distendue, que j'inciserai dans toute sa longueur en retirant mon instrument, qui sortira par le trou qui lui aura livré entrée.

« Tout me porte à croire que ces bourses, aussi largement

entamées se videront à l'instant de tout ce qu'elles pourront contenir, et qu'elles se guériront sans accident par l'impossibilité de la pénétration de l'air. »

On voit qu'il s'agit non d'une simple ponction, mais d'une large incision, ou même, comme M. Barthélemy le dit très explicitement, en 1839 (*Gaz. méd.*), de la division complète du kyste en deux moitiés.

Vous avez vu, par une note des *Annales* (t. XI, p. 254) que, dans l'application que je fis, le premier, du procédé de M. Barthélemy, je suivis une méthode un peu différente. Au lieu de glisser sur le côté du ganglion, je l'enfilai directement, puis je le fendis à droite et à gauche. Mon ami, le docteur Giuliani, chirurgien aide-major, était présent à l'opération. L'opéré était ce M. de G. capitaine de tirailleurs, dont j'ai déjà parlé.

Vous penserez sans doute comme moi, mon cher confrère, et tous les chirurgiens penseront que la récidive doit être bien moins facile quand le kyste a été ainsi coupé en deux, que lorsqu'il a été simplement piqué, l'eût-il été en plusieurs sens, ce qui est votre pratique et celle que j'ai vu suivre à M. Velpeau.

Il y a dans le procédé de M. Barthélemy deux choses à considérer : l'application de la méthode sous-cutanée, et le mode suivant lequel le kyste est intéressé. Ce n'est pas sous le premier rapport que le procédé de M. Barthélemy est nouveau, puisque, dès 1825, M. Cumin avait appliqué aux ganglions la méthode sous-cutanée, qui alors, il est vrai, n'avait été ni systématisée ni encore désignée sous ce nom. Mais, par rapport au mode suivant lequel le kyste est intéressé, le procédé de mon collègue est nouveau, attendu qu'il consiste en une division complète de la poche

tandis que jusque-là on n'avait parlé que de la ponction de cette même poche.

L'opération terminée, on presse avec le pouce sur le siége du ganglion, de manière à disperser le liquide qu'il contenait, et aussi afin de le disposer à l'irritation adhésive; après quoi on établit une compression solide avec une plaque de plomb ou une pièce de monnaie, compression qu'il n'est pas nécessaire de maintenir plus de trois ou quatre jours.

Le procédé de M. Barthélemy a été appliqué par moi d'abord, par son auteur ensuite, et par MM. Malgaigne et Robert. Il a réussi dans tous les cas, c'est-à-dire qu'il n'y a eu ni accidens ni récidive.

Appréciation.

Voici, en somme, mon cher confrère, ce que je pense sur les divers moyens que je viens d'énumérer.

Les topiques ne doivent être employés que dans le cas où l'on aurait affaire à un sujet très pusillanime qui ne voudrait se soumettre à aucune espèce d'opération, pas même à l'écrasement avec les pouces. Des frictions mercurielles pourraient être essayées. Mais je n'en espérerais pas grand'chose. Si votre emplâtre émétisé n'avait pas pour effet de laisser des traces assez persistantes, je le préférerais. Peut-être des frictions avec la pommade au nitrate d'argent, de M. Jobert de Lamballe, produiraient-elles de bons résultats, sans avoir le même inconvénient, puisque l'éruption que détermine cette pommade disparaît sans laisser de marques.

Le vésicatoire établit la transition entre les moyens topiques et les moyens chirurgicaux proprement dits. Je ne doute pas qu'il n'ait réussi souvent. Aux faits qui appartiennent en propre à M. Velpeau, j'aurais pu en ajouter d'autres,

et principalement un de M. Roux, relaté dans les *Archives de Médecine*, par M. Velpeau, alors chef de clinique de ce professeur. Dans ce dernier cas le vésicatoire suppura. Mais c'est un moyen assez lent, et de plus, il laisse une marque qui tarde à s'effacer.

Vous me voyez fort préoccupé de la question de coquetterie, à laquelle pourtant un chirurgien ne doit attacher qu'une importance secondaire. C'est que, comme nous l'avons dit, le ganglion se montre surtout chez des femmes, et qu'il siège souvent sur des parties destinées à rester découvertes.

Le meilleur moyen sera celui qui agira vite, sans danger, sans laisser de traces, et définitivement. Voilà, pour ainsi dire, le *critérium* d'après lequel nous pouvons juger les procédés divers proposés contre le ganglion.

Il ne peut être question des *caustiques*. Les *percussions répétées* seraient applicables sur une personne craintive, préférablement aux topiques : d'une manière absolue, elles constituent un moyen trop lent. Je ne parle pas du *séton*. Les *injections irritantes* me paraissent dangereuses, surtout si on laissait une partie du liquide dans la poche. C'est, d'ailleurs, un moyen d'une certaine complication. J'ai dit que l'*incision* pouvait, par suite du contact de l'air, donner lieu à des phénomènes inflammatoires, et j'ai fait sentir que l'introduction de boulettes de charpie dans l'intérieur de la poche, n'était pas propre à diminuer les chances d'inflammation. J'ajoute que l'incision laisserait une cicatrice. Enfin, ce ne serait pas un moyen prompt, ou du moins aussi prompt que plusieurs autres. L'*extirpation* est d'abord une opération assez douloureuse ; secondement, elle offre des dangers ; en dernier lieu, elle laisse une cicatrice. J'ai assez parlé de la *ponction* simple et sous-cutanée, pour n'avoir

pas y revenir. Restent donc l'*écrasement*, l'*incision sous-cutanée* et la *compression*.

On doit toujours essayer l'*écrasement* avec les pouces. Il faut y procéder avec mesure, et si le kyste a déjà été écrasé une ou plusieurs fois, ne pas insister sur les tentatives, attendu que probablement il est devenu trop dur pour se laisser rompre. Les autres procédés d'écrasement me paraissent empreints de violence, et devoir céder la place à l'incision sous-cutanée. Si l'écrasement réussit, trois des conditions sont remplies : la promptitude, la sécurité, l'absence de traces extérieures. Il n'y a que la récidive qui n'est pas sûrement prévenue.

L'*incision sous-cutanée*, si l'écrasement ne peut être obtenu, doit être préférée à tous les autres moyens, parce qu'elle remplit autant que possible les quatre conditions énoncées dans ce que j'ai appelé le *criterium*. En effet, la petite opération est terminée en quelques secondes ; toutes chances d'introduction de l'air dans la poche séreuse et d'inflammation sont annulées ; il n'y a aucune trace du passage de l'instrument, attendu que la piqûre est imperceptible ; enfin il y a fortement à penser que la récidive est prévenue quand le kyste est divisé dans toute son étendue, et, à proprement parler, fendu en deux.

Quant à la *compression*, elle est indispensable, mais secondaire. C'est à elle d'assurer, continuée pendant trois ou quatre jours, le succès de l'opération, soit que le ganglion ait été écrasé, soit qu'on l'ait fendu sous la peau.

Au moment où je ne puis plus retoucher à la première partie de cette lettre, déjà imprimée, il me vient des doutes sur la nature de l'une des tumeurs dont parle M. Cloquet,

celle qui avait le volume de la tête d'un fœtus. Était-ce bien un ganglion? N'est-il pas étonnant qu'une petite bourse synoviale ait pu atteindre à de telles dimensions? Mais, d'un autre côté, cela est-il plus surprenant que de voir un kyste ou une tumeur quelconque parvenir à un volume plus considérable encore après avoir paru à peine?

REVUE CHIRURGICALE.

Mémoire pour servir à l'histoire des anomalies artérielles;

Par Alp. Rendu, aide d'anatomie à la Faculté de Paris (*Gaz. méd.*, n° du 26 février 1842).

Parmi les courtes généralités qui se trouvent au commencement de ce mémoire, nous citerons l'aperçu suivant: « Dans les anomalies que présentent les principaux vaisseaux artériels, dit l'auteur, on est frappé de la tendance de la nature à reproduire par ces anomalies chez l'homme l'état normal du système artériel de certains animaux... La nature semble être partie d'un premier type simple et unique, pour de là se compliquer à mesure que l'organisation se perfectionne; et la répétition chez l'homme de ce qui s'observe chez les animaux inférieurs semble montrer sa tendance à revenir au type primitif. »

Anomalies du tronc de l'aorte. — La crosse de l'aorte peut manquer: il y a alors une aorte ascendante et une aorte descendante, disposition normale chez les herbivores. Cette anomalie a été observée par Klint, Tiedemann, et R. Harrisson; elle est fort rare.

Anomalies des branches qui naissent du tronc de l'aorte.

— Le nombre de ces branches peut être diminué ou augmenté, ce qui est plus rare. Une variété très rare aussi, est celle dans laquelle deux troncs seuls naissent de la crosse de l'aorte, fournissant chacun une carotide et une sous-clavière. Malacarne a vu cette anomalie deux fois. Cette disposition, d'après Tiedemann, s'observe chez la chauve-souris ; Daubenton l'a vue chez le ptéropode-rufo, et Cuvier chez le delphinus phocæna ; tous mammifères dont le cou est court. Assez souvent l'un des deux troncs donne naissance aux deux carotides et à la sous-clavière droite ; l'autre, plus petit, fournissant la gauche (Petsche, Neubauer, Huber, J. F. Meckel, Malacarne, Scarpa, etc.). Cette disposition est indiquée comme normale par quelques anciens : Tiedemann l'a observée chez plusieurs mammifères, en particulier parmi les quadrumanes, et Daubenton l'avait signalée chez plusieurs espèces de singes. Quand la carotide gauche naît ainsi du tronc innominé droit, elle passe constamment devant la trachée, circonstance importante relativement à la trachéotomie. Haller s'est trompé en disant que l'homme est le seul chez lequel la crosse aortique fournisse normalement trois branches. Tiedemann, Daubenton et M. de Blainville ont observé la même disposition chez plusieurs animaux.

On a vu les carotides naître par un tronc commun entre les sous-clavières : disposition naturelle à l'éléphant, d'après G. Cuvier.

« Parfois il existe à droite un tronc commun pour la sous-clavière droite et les carotides ; vient ensuite la vertébrale gauche, puis la sous-clavière du même côté. Dans quelques cas la sous-clavière droite naît de l'aorte descendante, et passe derrière la trachée et l'œsophage pour se rendre au côté droit. »

M. Rendu aurait pu noter ici, d'après Meckel, que le fait de la vertébrale gauche fournie par le tronc même de l'aorte est très fréquent, tandis que la même particularité est fort rare du côté droit. (Voy. Meckel, *Anatomie comparée*, t. 1, p. 548.)

On voit assez souvent quatre troncs au lieu de trois naître de l'aorte; tantôt la quatrième branche est la vertébrale gauche naissant entre la carotide et la sous-clavière gauche; tantôt, c'est une thyroïdienne inférieure naissant entre le tronc innominé et la carotide gauche; la première de ces anomalies représente l'état normal chez le phoca, d'après Tiedemann; la seconde, observée pour la première fois par Neubauer, offre beaucoup d'intérêt par rapport à la trachéotomie.

« Souvent la quatrième branche est la sous-clavière droite, et tantôt celle-ci est la première branche qui naisse de la crosse de l'aorte; tantôt, au contraire, et plus fréquemment, elle est la dernière du côté gauche; quelquefois la sous-clavière droite prend naissance entre les carotides; d'autres fois, enfin, c'est entre la carotide gauche et la sous-clavière du même côté. Dans tous les cas où la sous-clavière droite naît de la partie gauche de la crosse de l'aorte, et des exemples nombreux en ont été rapportés par Fabricius, Ludwig, Neubauer, Murray, Sandiford, Monro, Autenrieth, Meckel, etc., cette artère, toujours inclinée à droite, gagnait le bras droit obliquement ou transversalement, en passant derrière l'œsophage et la trachée, ainsi que Bœhmer, Neubauer, Pohl, Murray, Autenrieth, etc., l'ont observé, ou bien entre l'œsophage et la trachée, comme dans les cas rapportés par Sandiford, Monro, Hérold, etc. Quelques médecins, tels que Huber, Monro, Murray, etc., ont signalé une gêne de la

déglutition causée par le trajet irrégulier de cette artère, qui fournissait ainsi une nouvelle espèce de dysphagie, qu'ils nommèrent luxuriante; d'autres, tels que Otto, Fleischmann, etc., n'observèrent rien de semblable. Harrisson cite un cas, d'après Kirby, dans lequel un os ayant perforé l'œsophage vint blesser cette artère, qui passait derrière l'œsophage.» (*Surgical anatomy of arteries*, London, 1833, in-12).

La crosse peut fournir cinq branches, les carotides et les sous-clavières isolément, plus la vertébrale ou une thyroïdienne inférieure, ou même la mammaire interne. Bœhmer et Haller rapportent chacun un cas dans lequel, indépendamment des trois troncs ordinaires, l'aorte fournissait la vertébrale gauche et la mammaire interne droite.

La variété la plus rare est celle dans laquelle la crosse de l'aorte donne naissance à six troncs. Harrisson l'a observée deux fois. Les carotides, les sous-clavières et les vertébrales naissaient séparément de l'aorte.

Anomalies du tronc brachio-céphalique. — La plupart sont indiquées implicitement dans ce qui précède. — Neubauer a vu la mammaire droite naître de ce tronc, que l'on a vu aussi fournir la thyroïdienne, ou d'autres petites branches.

Anomalies des artères carotides et de leurs branches. — Quelquefois les artères carotides sont situées au-devant de la trachée. C'est surtout la droite qui présente cette disposition, quand l'origine du tronc innominé est à gauche. Cette disposition serait dangereuse dans un cas de trachéotomie. La carotide peut se diviser beaucoup plus tôt qu'elle ne le fait dans l'état normal. D'autres fois elle se divise très tard; c'est alors la carotide commune qui donne les principales branches inférieures de la carotide externe. Dans un cas de Burns, la carotide primitive ne se divisait

pas ; toutes les branches de la carotide externe venaient de la carotide primitive, qui se continuait, en outre, à la manière de l'interne. Une anomalie importante est celle dans laquelle l'artère thyroïdienne supérieure, au lieu de fournir un rameau crico-thyroïdien, passe transversalement sur l'espace de ce nom. C'est M. Chassaignac qui a observé cette disposition (1re *bull. de la soc. anat.* xve année).

Anomalies des artères des membres supérieurs. — La sous-clavière fournit quelquefois diverses branches à son origine : dans ce cas même, elle parcourt un assez grand espace avant de s'engager entre les scalènes, sans fournir de nouveaux rameaux. Dans ce point, elle donne plusieurs grosses branches qui varient beaucoup : c'est ainsi que l'on voit la thyroïdienne inférieure naître de la carotide commune (Nicolaï, Haller, Neubauer, Meckel, etc.), ou de la crosse de l'aorte. Lorsqu'il y a deux thyroïdiennes inférieures d'un côté, elles naissent l'une de la sous-clavière, l'autre de la carotide commune.

Nulle artère n'est plus sujette aux anomalies que la brachiale. André Laurent, le premier, observa la division prématurée de ce vaisseau, qu'il décrivit comme l'état normal. M. Rendu cite un cas dont il fut témoin, en 1837, et dans lequel M. Danyau, ayant lié l'artère brachiale pour une blessure de l'avant-bras, et voyant l'hémorrhagie continuer, soupçonna l'anomalie dont il s'agit, rechercha la seconde branche, qu'il lia, et arrêta l'hémorrhagie. Dans cette anomalie, l'une des branches occupe la position normale de l'artère, l'autre est placée plus superficiellement, entre la peau et l'aponévrose.

« M. Cruveilhier a fait voir à la société anatomique un cas dans lequel une artère anormale se séparait de l'axillaire et

occupait le trajet de la brachiale, au-dessus et en dedans du muscle brachial antérieur, au pli du bras, placée sous l'expansion aponévrotique du biceps, elle venait se jeter dans la radiale, quelques lignes au-dessous de l'origine de cette dernière. L'artère brachiale était située plus profondément qu'à l'ordinaire; elle passait sous le tendon du biceps, puis se bifurquait pour former la radiale et la cubitale, qui se comportaient comme dans l'état normal. Le même professeur montra également à la société anatomique une pièce dans laquelle une artère anomale naissait de la partie la plus élevée de l'humérale, et venait s'ouvrir dans la cubitale, près de la naissance de cette dernière; elle était placée immédiatement sous l'aponévrose brachiale. L'artère humérale offrait sa disposition accoutumée.» — Autre anomalie observée par M. Cruveilhier: une branche artérielle mince et longue établissait une communication entre la partie supérieure de la brachiale et la cubitale. M. Renda a vu un cas semblable.

Une première anomalie de la radiale rentre dans les cas de division prématurée de la brachiale; cette branche artérielle peut, en outre, offrir des variétés dans son trajet. Portal et Burns l'ont vue se détourner vers le milieu du radius pour gagner le dos de l'avant-bras; elle était placée au-dessus des muscles radiaux; une petite artère fournie par elle continuait son trajet normal.

Dans un cas de M. Chassaignac, l'artère cubitale, au lieu de s'engager sous les muscles épitrochléens, passait au-dessus de ces muscles et restait sous-aponévrotique pendant la première partie de son trajet; plus loin, elle s'engageait sous le muscle palmaire grêle, dont elle croisait la direction pour se rendre à sa destination habituelle.

On a vu l'inter-osseuse provenir de la brachiale; on a vu aussi une inter-osseuse superficielle, ou cubitale accessoire, naître de la radiale et venir former soit la totalité, soit une partie de l'arcade palmaire.

Anomalies des branches fournies par l'aorte thoracique et abdominale. — Elles sont nombreuses, mais sans intérêt pratique.

Anomalies de l'artère hypogastrique. — L'obturatrice naît souvent de l'épigastrique, et l'on est plus ou moins exposé à l'atteindre dans la kélotomie, qu'elle s'en détache plus ou moins haut. Lorsqu'elle naît à peu de distance de l'origine de l'épigastrique, elle se porte en bas sans contourner l'anneau crural; quand elle provient d'un point assez élevé, elle est trop éloignée de l'anneau pour que l'on puisse la blesser : ce n'est que lorsqu'elle naît d'un point intermédiaire qu'elle contourne l'anneau, et peut être intéressée.

Portal (*Anat. méd.*) cite un cas dans lequel l'artère obturatrice résultait de la réunion de deux rameaux fournis l'un par l'épigastrique, l'autre par l'hypogastrique. L'épigastrique peut naître de l'obturatrice : Monro et Hesselbach en citent chacun un cas. Lieutaud, Sœmmerring, ont vu l'obturatrice naître de l'iliaque externe; Monro, Burns et Tiedemann l'ont vue provenir de la fémorale.

« L'artère honteuse interne présente quelquefois des anomalies dans sa distribution, et ces anomalies ont souvent de fâcheux résultats; souvent, en effet, les hémorrhagies qui accompagnent les tailles périnéales sont dues à la lésion d'artères anomales, fournies par la honteuse interne; souvent même, c'est le tronc lui-même qui est lésé. Il n'est pas rare, en effet, de voir l'artère honteuse interne marcher sur la partie inférieure et latérale de la vessie, s'avancer à tra-

vers la partie supérieure de la prostate jusqu'à l'ischion, où elle court le risque d'être lésée lorsqu'on incise le sommet de la prostate. »

Anomalies des artères du membre inférieur. — Burns a vu trois fois la fémorale se diviser dans le bassin. M. Mercier a montré à la Société anatomique une pièce sur laquelle l'artère fémorale profonde gauche naissait à six lignes au-dessous de l'arcade crurale, et se portait de là en dedans, croisant obliquement la veine. Quelquefois la division de la poplitée se fait très haut; dans un cas de ce genre, Ramsay a vu la tibiale antérieure passer, pour se porter en avant, entre le muscle poplité et la face postérieure du tibia. Il arrive aussi quelquefois que la tibiale antérieure manque inférieurement; la pédieuse est formée alors par la péronière ou la tibiale postérieure; dans ce dernier cas, qui est le plus rare, la péronière s'étend bien plus loin que de coutume à la plante du pied, et fournit les plantaires interne et externe: Meckel cite un cas de ce genre.

M. Rendu fait remarquer, en terminant, que les anomalies sont bien plus fréquentes dans la moitié supérieure du système artériel que dans l'autre moitié. Il aurait pu rapprocher cette loi de celle d'après laquelle les anomalies par exubérance sont plus fréquentes dans la moitié supérieure du corps que dans la moitié inférieure; ce qui fait que l'on voit plus souvent des bicéphales à un seul corps que des monocéphales à deux corps, et que les doigts surnuméraires existent plus souvent aux mains qu'aux pieds. On doit savoir gré à M. Rendu de l'idée qu'il a eue de tracer un tableau propre à représenter dans leur ensemble les anomalies artérielles. Il est à penser que, par suite de ce premier travail, la question sera reprise avec de nouveaux développemens.

Du reste, nous ne comprenons pas bien pourquoi M. Rendu n'a pas profité des nombreux faits relatifs aux anomalies artérielles signalées par M. Velpeau, à chaque article du traité d'*Anatomie chirurgicale*.

Lettre sur un passage d'Hippocrate relatif aux luxations incomplètes du coude, par M. E. Littré. (*Gaz. méd.* du 8 janvier 1842).

Cette lettre montre quel soin opiniâtre et consciencieux le savant auteur qui a donné au monde médical la meilleure et la plus complète traduction des œuvres hippocratiques, apporte à son travail. Cet écrit n'est pas seulement utile à connaître comme document chirurgical, c'est aussi un bon exemple.

Les chirurgiens modernes ne sont pas d'accord sur les luxations du coude; et de leur côté, ceux qui ont essayé d'interpréter ce qu'en a dit Hippocrate, ont donné des explications divergentes. Ces deux choses se tiennent, et il arrive fréquemment, surtout dans les sciences, que l'intelligence d'un passage ancien est subordonnée à l'état des connaissances actuelles. En étudiant de nouveau l'endroit du livre des fractures, où Hippocrate traite des luxations incomplètes du coude, j'ai conçu des doutes sur la solidité de l'interprétation que j'avais adoptée dans le troisième volume de mon édition de cet auteur.

Foës traduit ainsi le passage suivant :

Sunt autem horum magnâ quidem ex parte parvæ inclinationes, interdum ad costas, interdum in exteriorem partem. Neque tamen articulus totus loco movetur, sed quodammodo in brachii cava subsistit, quâ parte os cubiti excedit. Hæc igitur ubi in hanc vel illam partem excidunt, facilè reponuntur, ac satis est brachium in directum extendere, ita ut unus ad manus juncturam intendat, alter sub alâ comprehensum retineat; medicus autem, alterâ manu ad emotum articulum admotâ, prominentiore palmæ parte propellat, alterâ vero prope articulum injectâ, in contrariam partem impellat. Atque hujusmodi luxationes non ægre repositioni parent, si, priusquam in-

flammationes occupentur, recondantur. Ut plurimum autem magis in interiorem partem elabuntur, luxantur quoque et in exteriorem. Quæ habitû manifesta fiunt, eaque plerumque etiam absque validâ intentione in suas sedes restituuntur. In his autem quæ in interiorem partem elabuntur, articulum in naturalem sedem propellere oportet, cubitum vero in pronum magis conversum circumagere.

Ce passage est susceptible de trois interprétations différentes; il peut s'entendre : 1° des luxations du radius en avant et en arrière; 2° des luxations latérales incomplètes du coude; 3° des luxations postérieures incomplètes du coude.

1° La première de ces opinions a été adoptée par Apollonius de Citium, qui vivait dans le premier siècle avant l'ère chrétienne, et qui a écrit un *Commentaire sur le Traité des articulations* (le passage du *Traité des fractures* dont il s'agit ici se trouve en extrait dans le *Traité des articulations*). Voici ce commentaire : — Hippocrate, dit Apollonius, traitant, dans le livre *des articulations*, des luxations et des subluxations du coude, n'a pas énoncé clairement combien il y en a d'espèces; je vais l'expliquer; il y a deux subluxations et quatre luxations. Des deux os de l'avant-bras, celui qui est en dedans et qu'on appelle *radius* (1), est le seul susceptible de subluxation, en se portant ou en dedans ou en dehors... Ces subluxations sont manifestes, les unes en dedans, les autres en dehors... Hippocrate recommande de les soumettre à une extension en droite ligne. En effet, cette extension écarte les os, de sorte que l'articulation rentre facilement dans sa place. Soit donc que la subluxation se soit opérée en dedans, soit qu'elle se soit opérée en dehors, il faut pratiquer l'extension en droite ligne; en même temps, dans la luxation du coude en dedans, fléchissant modérément l'avant-bras et le portant dans la supination, on opérera la coaptation; dans la luxation du coude en dehors, on portera l'avant-bras dans la pronation (Dietz, *Scholia in Hipp. et Gal.*, t. 1, p. 15).

Apollonius paraît ici désigner explicitement la luxation du radius, et le précepte qu'il donne de porter l'avant-bras dans la supination pour la luxation en avant, et dans la pronation, pour la luxation en arrière, ne fait pas une objection; car les chirurgiens modernes varient entre eux pour la pro-

(1) Hippocrate, et après lui Apollonius, considérant l'avant-bras dans une demi-flexion sur le bras, et dans une position à-peu-près intermédiaire entre la pronation et la supination.

nation et la supination, dans la réduction des luxations du radius en avant et en arrière.

Bosquillon, de son côté, a pensé qu'il s'agissait ici des luxations du coude. « Ce passage, dit-il p. 74 de son édition du *Traité des fractures*, étant l'objet de grandes difficultés, et n'ayant encore été compris par personne, j'y ai consacré des explications un peu plus développées que ne le comporte le plan de mon travail. On croit généralement qu'Hippocrate a admis des luxations du coude, complètes et incomplètes, tant en dedans qu'en dehors, ce qui, suivant nous, est complétement étranger à sa pensée ; ce sont les luxations du radius qu'il indique ici ; cela n'a été remarqué par personne, et, si l'on entend ce passage autrement, on n'en peut tirer aucun sens.

Hippocrate dit expressément que l'olécrane reste dans sa cavité; ce signe appartient à la seule luxation du radius; il ne peut y avoir de luxation du coude tant que l'olécrane reste dans la cavité de l'humérus.

2° Suivant Gallien, dans le passage ici discuté, il est question des *luxations latérales incomplètes du coude* :

« Les déplacemens auxquels le coude est exposé, dit cet auteur, sont faciles à guérir; il faut mettre le bras dans l'extension, et pratiquer l'extension et la contre-extension sur l'humérus et l'avant-bras, suivant la règle commune à toute réduction, afin que l'os déplacé obéisse plus facilement à vos mains qui le repoussent. Ce qui prouve que toute l'articulation ne s'est pas luxée, c'est que l'apophyse olécrane est restée à sa place; en effet, dès-lors que l'olécrane conserve sa position, le déplacement du reste de la diarthrose ne suffit pas pour constituer une luxation complète. Ces accidens sont appelés par Hippocrate *déplacemens*, et ils s'opèrent quand les condyles de l'humérus entrent dans la grande cavité sigmoïde du cubitus, qui jusque-là avait été occupée par le milieu de l'extrémité inférieure de l'humérus appelée trochlée. Il est évident que le côté quitté par ce condyle présente une concavité, et le côté opposé une saillie; c'est donc avec raison, quand l'humérus quittant la cavité du cubitus se porte en dedans, qu'on appelle sygmoïde cette espèce de luxation, parce qu'alors le membre ressemble à la lettre sigma. De même qu'il convient, dans la réduction, de pousser simultanément en sens contraire l'humérus et le cubitus, afin que le ginglyme du bras revienne plus promptement à sa position naturelle, de même il ne sera pas peu utile de tourner en dedans le cubitus dont la cavité sygmoïde ira au-devant de l'extrémité de l'humérus que l'on en rapproche. Non-seulement, dans le déplacement en dedans, il faut tourner l'avant-bras dans la pronation, mais

encore, dans le déplacement en dehors, il est utile de tourner le membre dans la supination, afin que, dans ce cas aussi, la cavité sigmoïde aille au-devant de la trochlée de l'humérus (Cocchi, *Græc. Chirug.*, libri, B. 141, flod. 1754.)

Cet avis est celui des traducteurs d'Hippocrate. On lit dans la traduction de Gardeil : « Souvent les luxations sont incomplètes et ne forment que de petites inclinaisons vers lès côtes ou vers le dehors du corps ; l'articulation entière ne se déboîte pas, il reste une partie du cubitus dans l'humérus, là ou entre l'olécrane. » Ceci est la reproduction de toutes les traductions latines, et la traduction allemande de Grimm ne s'en écarte pas. Maximini dans son commentaire, p. 266, développe ainsi ce passage : « Cubiti articulus « propter ginglymoïdeam ossium conjunctionem sæpe non ex toto luxatur, « sed plerumque tantummodo aliquantum de sua naturali sede emovetur ; « cujusmodi emotiones *parvæ* inclinationes in partem tantum externam et « internam fiunt ; nam capitulum humeri, quod cum radio articulatur, in « cavitatem sygmoïdeam cubiti excurrere potest sine perfectâ luxatione, et « tunc erit inclinatio articuli ad costas, sive emotio in internam partem ; vel « et contra, si magnus et acutus trochlæ humeri margo versus cavitatem « glenoïdeam radii fuerit impulsus, inclinatio ad externam partem fiet. Hæc « omnia, si ad sceletum considerentur, clarissime patebunt.... Tunc, non « prorsus articulo excidunt ossa ; nam processus olecranii, qui a robustissima « illa productione tendinea, quæ longo et brevi extensoribus et brachiali « interno formatur, ad magnam foveam posteriorem humeri validissime re- « tinetur ; quod non sinit, ut totus articulus emoveatur sed tantummodo in- « clinet ; unde dixit Hippocrates ; *sed manet quid juxta ossis brachii cavita-* « *tem, qua parte cubiti os excedens habet.* »

3° Boyer déclare que la *luxation incomplète en arrière* est impossible. Une pareille opinion dut détourner de chercher cette luxation dans le passage d'Hippocrate dont il s'agit. Mais des recherches plus exactes ont démontré la réalité de cette luxation. « Dans quelques cas, dit M. Sédillot, le membre n'est pas sensiblement raccourci ; ce qui tient au peu de déplacement subi par le cubitus, et l'apophyse coronoïde, au lieu d'être remontée dans la cavité olécranienne, appuie contre la face postérieure de la trochlée humérale ; ce qui est beaucoup plus commun qu'on ne le suppose ordinairement (*Dictionnaire des études médicales pratiques*, t. II, art. *Avant-bras*, p. 249). »

M. Malgaigne, qui a bien voulu me donner des conseils pour l'interpréta-

tion de ce passage, m'a dit que, suivant lui, Hippocrate avait désigné les luxations incomplètes en arrière. Le texte, tel qu'il est dans les éditions, se prête mal à cette explication; la considération qui décidait M. Malgaigne était celle-ci : C'est que les luxations incomplètes latérales étant fort rares, et Hippocrate disant que celles dont il parle sont les plus fréquentes, il fallait chercher le sens de ses paroles hors des luxations latérales incomplètes. L'argument est, on le voit, chirurgical et indépendant de la considération du texte. Mais le texte lui-même ne peut-il pas venir à l'appui du sens indiqué par M. Malgaigne? La phrase est : οὐ πᾶν δὲ τὸ ἄρθρονμεταβεβηκὸς ἀλλὰ μένον τι κατα τὸ κοῖλεν ὀστέον τοῦ ὀστέον τοῦ βραχίονος, ἢ τὸ τοῦ πήχεος ὀστέον τὸ υπερέχον ἔχει. Les variantes sont : τὸ au lieu de τι, et dans certains manuscrits l'omission de τι, l'omission du premier ὀστέον, ἢ au lieu de ἢ et ἐξέσχε au lieu de ἔχει. De la sorte, on peut lire : οὐ πᾶν δὲ τὸ αρθρον μεταβεβηκὸς, ἀλλὰ, μένον κατὰ τὸ κοῖλον τοῦ ὀστέον τοῦ βραχίονος, ᾗ τὸ τοῦ πήχεος ὀστέον τὸ ὑπερέχον, ἐξέσχεν. Ce qui signifiera : « Toute l'articulation ne s'est pas déplacée, mais, restant en rapport avec la cavité (olécranienne) de l'humérus, *elle s'est luxée là où est l'apophyse* (coronoïde) *du cubitus.*

Le texte ainsi présenté me paraît avoir un grand poids. D'une part, il exclut les luxations du radius en avant et en arrière, explication qui, sans cela, resterait plausible; car, l'auteur disant que l'olécrane reste dans sa position (μένον κατὰ τὸ κοῖλον τοῦ ὀστέον τοῦ βραχίονος), sans faire mention d'un déplacement de l'apophyse coronoïde, on serait toujours tenté de se reporter vers le radius. Et remarquons que Apollonius de Citium, si tant est qu'il ait, comme je le crois, entendu parler des luxations du radius en avant et en arrière, a commenté, non le passage même du *Traité des fractures*, mais le passage parallèle du *Traité des articulations*, qui est un abrégé, et où on lit seulement : ἀγκονος δὲ ἄρθρων παραρθρῆσαν ἢ πρὸς πλευρὴν ἢ ἔξω, μένοντος τοῦ ὀξέος τοῦ ἐν τῷ κοίλῳ τοῦ βραχιονος. (*Le coude se luxe en dedans ou en dehors, la pointe de l'olécrane conservant sa position dans la cavité de l'humérus*). Avec ces termes, on peut soutenir qu'il s'agit des luxations antérieures et postérieures du radius; mais, comme je l'ai dit, ce n'est là qu'un extrait, et il faut se reporter au passage complet qui est dans le livre *des fractures*.

D'autre part, si le texte, avec la correction que je propose, peut, à la rigueur, s'entendre des luxations latérales incomplètes, on se rappellera que ces luxations sont très rares et qu'Hippocrate dit expressément que les luxations incomplètes dont il parle sont les plus fréquentes. Ici donc revient

l'argument chirurgical de M. Malgaigne, argument qui exclut l'explication de Galien et de ceux qui se sont rangés de son avis.

Je viens de mettre sous les yeux du lecteur les raisons qui m'ont persuadé que je me suis trompé dans l'interprétation que j'avais donnée du passage d'Hippocrate, dans le troisième volume de mon édition. En conséquence, j'ai cru nécessaire de faire faire un carton contenant l'explication que je crois bonne, et destiné à remplacer les pages où j'ai admis qu'il s'agissait des luxations du radius.

En définitive, le paragraphe du *Traité des fractures* relatif aux luxations du coude comprend : 1° Les luxations postérieures incomplètes du coude, 2° les luxations latérales complètes ; 3° la luxation du coude en arrière ; 4° la luxation du coude en avant ; 5° les luxations du radius.

JOURNAUX ETRANGERS.

Corps étranger dans les fosses nasales; par sir BALLINGALL, professeur de chirurgie à Edimbourg.

Observations de chirurgie militaire, Ed. med. and surgical Journal. — Juillet 1842, p. 116.)

Dans le mois de janvier 1838, le lieutenant Fritz du régiment de Ceylan, détaché au fort Donald, sortit emportant avec lui son fusil de chasse ; son arme ayant éclaté, il fut trouvé à terre, blessé au front, et dans un état d'insensibilité. Comme il n'y avait pas de médecin à Donald, le malade fut conduit à quinze milles de là, à Badula, où il fut soigné par l'aide-major Imley. La blessure siégeait entre les deux sourcils, un peu au-dessus du diamètre transverse de l'œil. On reconnut que le frontal avait été atteint, sans que je puisse penser qu'on se soit bien rendu compte du genre de blessure. Le malade resta tout le temps nécessaire à Badula ; sa plaie fut guérie. Vers la fin de 1828, on s'aperçut que la voûte palatine était perforée par un corps métallique qui devenait chaque jour plus saillant. Le malade perdit alors l'odorat, et une suppuration abondante s'écoula par les narines. Au mois de mai 1835 la position était toujours la même, seulement le corps étranger était plus libre ; le malade mangeait et buvait bien et remplissait toujours ses devoirs militaires. Comme il se répandait autour de lui une odeur très désagréable, il fut dispensé de manger à la table des officiers. Le corps étranger resta en place pendant sept à huit ans ; et je pense qu'on n'aurait pas

obtenu un grand résultat de son extraction, en supposant que le capitaine Fritz eût voulu se soumettre à l'opération.

Je suis redevable de cette observation à l'inspecteur-général Ma-shall

Cette observation est accompagnée de trois dessins : l'un représente le corps étranger, la portion de la culasse d'un fusil; M. Ballingall fait observer avec beaucoup de raison que cette pièce semble appartenir à une arme de guerre, et non pas à un fusil de chasse. Des deux autres dessins, l'un représente la position du corps étranger dans les fosses nasales; ce corps se trouvait logé derrière la pyramide nasale, entre l'ethmoïde et le plancher des fosses nasales; l'autre dessin montre l'extrémité du corps étranger sortant par la voûte palatine, et faisant saillie dans la bouche.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs, par L. G. Valleix, médecin du bureau central des hôpitaux civils de Paris. Paris, J.-B. Baillière, 1841, in-8° de 720 pages. Prix : 8 fr.

Rien de plus varié que la douleur; je défie la langue la plus riche de donner une épithète à chaque souffrance. Aussi un traité sur la douleur ne peut être fait par un seul homme. Il peut] éprouver toutes les douleurs, il ne les peindra jamais toutes. Cette prodigieuse multiplicité dans les formes de ce symptôme rendait obscures les descriptions de toutes les maladies dans lesquelles la douleur dominait. Chaussier, le premier, soumit la douleur à une espèce de loi de disjonction. Les névralgies, c'est-à-dire les maladies douloureuses des nerfs, furent séparées des autres maladies dans lesquelles la douleur se fait vivement sentir. Mais, même après les lumières jetées dans le célèbre tableau synoptique de Chaussier, malgré les excellens articles du dictionnaire en 21 volumes, et surtout du dictionnaire en 15 volumes, restaient encore bien [des obscurités à dissiper, bien des difficultés à lever pour écrire une bonne histoire des névralgies. M. Valleix vient d'entreprendre cette lourde tâche. J'aime à voir un pareil sujet traité par un pareil esprit. Malheureusement il en est rarement ainsi. Comme les maladies du système

nerveux offrent le plus d'anomalies; comme toutes les manifestations symptomatologiques peuvent être attribuées à une lésion nerveuse; comme jusqu'à présent on a pu tout dire sur ces maladies, c'est ordinairement ceux qui ne savent rien en pathologie qui écrivent le plus sur ces maladies. Il est bon alors que des esprits sévères et droits se mêlent de ces questions.

M. Valleix part de l'observation, marche avec la critique et arrive au dogmatisme. Mais toute l'observation n'est pas à lui, toute la critique n'est pas à lui et le dogme non plus; ceci doit être noté avec soin, car on a accusé l'école dont M. Valleix fait partie, d'avoir supprimé l'histoire, ce dont M. Valleix se défend mal. Après un avant-propos et une introduction bien pensés et bien écrits, M. Valleix fait des chapitres qui traitent des principaux groupes de névralgies. Voici les espèces admises et décrites par M. Valleix.

NÉVRALGIES.	VARIÉTÉS.	
1° Trifaciale . . .	sus-orbitaire.	
	sous-orbitaire.	
	maxillaire inférieure.	
	nasale	variétés rares.
	temporale. . . .	
2° Cervico-occipitale.	occipitale.	
	mastoïdienne.	
3° Brachiale . . .	cubitale.	
	musculo-cutanée.	
	radiale.	
	médiane	variété fort rare.
4° Dorso-intercostale.	dorsale.	variétés rares.
	intercostale . . .	
3° Lombo-abdominale.	lombaire	proprement dite.
	ilio-scrotale	
6° Crurale		
7° Fémoro-poplitée .	fémoro-poplitée . .	proprem. dite (sciatique).
	péronière.	
	plantaire externe.	
	plantaire interne.	
8° Multipl. ou erratiq.		

La partie dogmatique qui termine l'ouvrage est surtout digne d'attention. Au lieu d'une généralisation diffuse dont l'analogie et l'imagination font presque tous les frais, c'est une vraie formule scientifique dictée par les faits parfaitement interprétés. Il y a, dans ce chapitre, un paragraphe sur la douleur que je transcrirais en entier ici, si le cadre de ce journal me le permettait. Je me résoudrai donc à ne donner que ce qui a trait aux *douleurs provoquées*. C'est une partie neuve dans laquelle la perspicacité de l'auteur se manifeste à chaque instant. D'ailleurs c'est ici du diagnostic chirurgical.

« *Douleurs provoquées.*— Cette espèce de douleur peut être produite, et par les mouvemens du malade dans les derniers actes qu'il exécute, et par l'observateur qui cherche à la déterminer comme moyen d'exploration. La douleur provoquée par la pression est d'une importance majeure, et va d'abord fixer notre attention.

« *Douleur à la pression.*—Si l'on en croit les auteurs qui ont écrit sur les névralgies, non-seulement la pression exercée sur les nerfs affectés n'exaspère point la douleur, mais elle la calme dans le plus grand nombre des cas. Il y a toutefois des variétés dans cette opinion : ainsi les uns disent qu'une pression légère augmente ou fait naître la douleur, tandis qu'une pression forte la dissipe; les autres pensent que la pression n'est jamais douloureuse; d'autres encore admettent l'existence de ce signe, mais seulement dans quelques cas rares.

« L'observation m'a prouvé qu'aucune de ces opinions n'est fondée sur les faits; il est vrai que, dans certains cas, la douleur occasionnée par la pression n'est point en rapport avec celle qui se produit spontanément; mais, sauf une seule exception, chez tous les malades que j'ai pu observer, j'ai noté une douleur plus ou moins vive à la pression, dans un ou plusieurs points du trajet du nerf. Cette énorme proportion fait de l'existence de ce symptôme une des règles les plus générales que nous connaissions en pathologie. Mais veut-on chercher, dans les cas cités par les auteurs eux-mêmes, des preuves en faveur de leurs assertions, on est fort surpris d'obtenir le résultat suivant :

Douleur à la pression, d'après cent trente-quatre observations de névralgie trifaciale et de névralgie sciatique, recueillies par les auteurs.

NÉVRALGIES.	DOULEUR A LA PRESSION INDIQUÉE.	DOULEUR A LA PRESSION NON INDIQUÉE (1).
Trifaciale.	21	18
Sciatique	18	77
	39	95

« Si donc l'on n'avait, pour éclairer la question, que les observations que nous ont fournies ceux mêmes qui regardent la pression comme non douloureuse, on ne devrait pas regarder les cas contraires à cette opinion comme des exceptions rares, puisque leur proportion est de près d'un tiers du nombre total. Mais que sera-ce si l'on peut se convaincre, comme il est très facile de le faire par la lecture des observations, que le plus ordinairement, l'exploration a été tout-à-fait nulle sous ce rapport, et qu'on s'est borné à constater le trajet de la douleur? C'est par ces négligences que se propagent les erreurs les plus extraordinaires, au nombre desquelles il faut compter celle dont il est question en ce moment.

« Cette douleur à la pression, symptôme si constant et si précieux, consiste tantôt dans une simple exaspération de la douleur contusive et continue, tantôt dans la production d'élancemens semblables à ceux qui se produisent spontanément. Il suffit quelquefois d'une légère pression sur l'un des points douloureux pour faire naître les paroxysmes les plus effrayans. Les auteurs eux-mêmes en citent des exemples remarquables. Lorsque la maladie est violente, cette douleur est si vive qu'elle arrache des plaintes au malade, qui fuit en quelque sorte devant la pression. L'étendue des points douloureux est parfaitement reconnue et limitée, à l'aide de ce moyen d'exploration. On parvient, de cette manière, à reconnaître des points qui n'ont qu'un ou

(1) Il n'est nullement fait mention de ce signe dans la plupart des observations, et rien ne prouve que son existence ait été recherchée.

deux centimètres de diamètre, et souvent on voit la douleur cesser si brusquement à cinq ou six millimètres d'intervalle, que l'on constate ici une douleur des plus vives, et là une absence complète de toute douleur. C'est là encore, on ne saurait en douter, une des causes qui ont empêché la question qui nous occupe d'être dès long-temps résolue d'une manière conforme aux faits. On conçoit parfaitement que des points douloureux aussi limités puissent échapper à une exploration superficielle, et l'on conçoit très bien aussi qu'une large pression, exercée avec toute la main, ne produise aucun effet dans ces points circonscrits, puisqu'elle porte principalement sur une surface tout-à-fait indolente. Lorsque les auteurs ont constaté une douleur plus ou moins vive à la pression, c'est que, par une espèce de hasard, ils sont tombés sur un point douloureux et l'ont pressé plus particulièrement que les autres, ou bien que, par exception, la douleur occupait une large surface. On voit, d'après tout cela, combien il importe d'établir la manière dont la pression doit être exercée. Il faut, quelle que soit la névralgie que l'on examine, presser avec l'extrémité du doigt sur toute l'étendue du nerf et sur ses principales ramifications. On ne doit négliger aucun point, quand même le malade n'en indiquerait qu'un petit nombre comme étant le siège de la douleur. Dans certains cas, en effet, la douleur à la pression peut exister dans une certaine étendue du nerf, en l'absence de la douleur spontanée, et réciproquement.

« Il faut être prévenu d'un phénomène qui se produit quelquefois pendant l'exploration : il peut arriver, et M. Bassereau l'avait déjà constaté dans la névralgie intercostale, qu'après avoir produit dans un point limité une douleur très vivre, la pression exercée peu de temps après, au même endroit n'ait plus le même résultat; mais il suffit de laisser passer quelques instans pour que la douleur se reproduise avec la même intensité que la première fois. Il est des parties du corps, comme la paroi antérieure de la poitrine et le sommet de l'épigastre qui sont naturellement douloureuses à une pression un peu forte, surtout chez les personnes maigres et nerveuses; il faut donc avoir soin, pour s'assurer si la douleur doit être attribuée à l'existence d'une névralgie, de presser avec la même force le point correspondant du côté opposé. Alors si la névralgie est simple, il devient évident que c'est à elle qu'il faut attribuer le phénomène; si elle est double, le signe est moins positif, mais comme un côté est toujours plus douloureux que l'autre, il existe une différence suffisante pour fixer le diagnostic; et d'ailleurs les grands intervalles indolens que, dans la majorité des cas, les points doulou-

reux laissent entre eux, suffisent pour démontrer qu'il y a réellement une exaltation morbide de la sensibilité.

« J'ai dit plus haut que la douleur à la pression était en rapport direct avec l'intensité de la maladie, j'ajouterai ici qu'elle augmentait pendant les paroxysmes et diminuait beaucoup dans les intervalles de calme. C'est dire assez que ce symptôme était presque toujours en rapport avec les deux précédens, c'est ce qu'on peut voir dans le tableau suivant :

DOULEUR.	NOMBRE DES CAS.
Douleur spontanée et douleur à la pressio réunies dans les mêmes points	111 (1)
Douleur à la pression sans douleur spontanée .	»
Douleur spontanée sans douleur à la pression . .	1
Total.	112

« Il est difficile de trouver une règle mieux établie que celle qui résulte de ce tableau, car il n'y a eu qu'une seule exception. Cependant je dois ajouter que si, au lieu d'envisager les divers cas, on recherche ce qui se passait dans chaque point douloureux en particulier, la règle est un peu moins générale, il n'est pas très rare de rencontrer des points douloureux à la pression sans douleur spontanée, et réciproquement, mais dans ces cas, les deux douleurs se trouvent réunies dans d'autres points. On peut consulter à ce sujet la description de chaque névralgie en particulier.

« Je trouve dans un mémoire récent qu'il existe une très grande différence

(1) Ce tableau n'a été dressé qu'à l'aide des faits dans lesquels l'exploration a été convenablement pratiquée; les observations des auteurs ont, par conséquent, dû être éliminées. Mais j'ai fait usage de celles qui ont été recueillies par M. Bassereau, parce qu'elles offraient toutes les garanties nécessaires. On ne s'étonnera donc pas des différences qui peuvent exister entre ce tableau et les tableaux particuliers.

entre les diverses névralgies relativement aux effets de la pression, et que, par exemple, la pression exercée sur le nerf sciatique malade accroît presque constamment la douleur, tandis que, dans les névralgies de la face, il n'est pas rare qu'elle les soulage. Je n'ai point remarqué cette différence déjà signalée par M. Régnier, entre les diverses espèces de névralgies. Dans toutes les affections de ce genre qui avaient les nerfs de la face pour siège, j'ai vu la pression causer une douleur plus ou moins vive; toutefois après les paroxysmes, si violens dans cette espèce de névralgie, le calme est beaucoup plus profond que dans toutes les autres, et la douleur occasionnée par la pression y est souvent beaucoup plus légère. C'est de là sans doute que vient l'erreur. Je le répète, car on ne saurait trop le redire, tout dépend de la manière dont est faite l'exploration.

« *Douleurs causées par les divers mouvemens du malade.* — Les causes de l'exacerbation de la douleur sont nécessairement différentes, suivant que la maladie occupe tel ou tel nerf. Ainsi, dans la névralgie trifaciale, l'action de mâcher, d'avaler, de se moucher, suffit pour produire une vive douleur et pour renouveler les crises, tandis que, dans la névralgie sciatique, le même effet est plus difficile. »

Les autres chapitres sont traités, sinon avec la même originalité de vue, du moins avec le même soin et dans des intentions aussi pratiques.

M. Valleix n'en est pas à son coup d'essai. Il est déjà auteur d'un livre sur la *Clinique des maladies des enfans*, qui a obtenu un succès d'estime, et le voilà maintenant à la tête d'un entreprise bien autrement vaste. Le GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, *ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées*, sera dû encore à la plume de M. Valleix. On ne dira donc plus que l'*École d'observation* est inféconde.

Ce dernier livre, pour être mené à bonne fin, demande un long temps, de profondes et nombreuses recherches. D'autres disent qu'il faudrait que la science fût achevée pour commencer à l'écrire; ce qui veut dire qu'on ne doit jamais commencer un pareil livre. M. Valleix en a jugé autrement, et il a eu raison; il le prouve par ses trois premières livraisons sur les *maladies des voies respiratoires*. Le *diagnostic*, et surtout la *thérapeutique*, sont traités en vrai praticien, et ici encore M. Valleix donne un fameux démenti à ceux qui prétendent que pour écrire un pareil livre il faut être chargé d'années. Il y a, dans l'école de M. Louis, des hommes qui font beaucoup d'observations, et des hommes qui observent bien. Les productions de M. Valleix le classent suffisamment pour qu'on ne soit pas obligé de dire dans quelle catégorie il se trouve.

A. V.

Physiologie de l'Homme, par le docteur Marchal (de Calvi). Paris, A. Levavasseur, 1842, in-12 de 418 pages; prix : 3 f. 50.

L'auteur de cette physiologie n'aurait pas consenti à ce qu'on analysât son livre dans ce recueil. Mais il ne croit pas devoir s'abstenir de reproduire une appréciation publiée dans un autre journal. La feuille de laquelle est extrait l'article qui suit, est la *Gazette des Hôpitaux*, qui peut bien user de bienveillance, comme elle le prouve aujourd'hui, mais qui n'a besoin assurément de flatter personne. L'auteur de l'analyse est entré parfaitement dans la pensée de M. Marchal qui a voulu effectivement écrire un livre à l'aide duquel les élèves pussent se préparer au premier examen des facultés, et aux concours de fin d'année des hôpitaux militaires, en même temps qu'il a eu l'espoir d'être utile aux praticiens, désireux de marcher avec la science, mais trop occupés pour lire de gros ouvrages.

« Il y a entre la grande Physiologie de Burdach et la lourde Physiologie de M. Adelon ; entre celle de M. Magendie et celle de Richerand, il y a place pour de petites Physiologies. Ainsi, un abrégé de Burdach, d'Adelon, de Magendie, et même de Richerand, serait un petit livre qui aurait son utilité; mais ce livre serait petit dans toute la force du terme. M. Marchal a pensé, et cela sans la moindre irrévérence pour ces auteurs, qu'ils pourraient bien entrer, sans trop se gêner, dans un in-douze.

« Ce n'est certes pas d'aujourd'hui qu'on fait des abrégés ; on en a peut-être trop fait. Le procédé est connu et peu difficile à manier, quand il s'agit seulement de concentrer sur un point limité des détails d'une science de détail. Ainsi, un manuel d'anatomie, un manuel de médecine opératoire, peuvent très bien être exécutés par des médiocrités actives et patientes. L'accessoire et le principal sont parfaitement distincts dans ces sciences. L'instrument pour ce triage est une espèce de crible qui n'a rien de commun avec l'esprit. Mais, quand on veut toucher aux idées, les difficultés se présentent en foule.

« Or, en physiologie, il est surtout question d'idées, de lois, de principes, toutes choses qu'on n'abrège pas, qu'on ne divise pas ; mais on les groupe pour les soumettre à des points de vue peu nombreux qui, éclairés par une bonne philosophie, semblent se rapprocher de l'esprit qui les contemple et les étudie. C'est le procédé suivi par M. Marchal, procédé difficile à manier.

« L'analyse d'une physiologie qui n'a que 418 pages serait difficile à faire ; aussi je ne l'entreprendrai pas. Mon but a été ici de dire dans quel esprit ce livre a été composé, et de signaler les points où cet esprit se fait surtout remarquer.

« Sortant de l'école trop étroite des sensualistes, et évitant les nuages du

kanto-platonicisme, l'auteur s'est élevé sans cesser d'être clair. Ainsi, pour lui, la sensation n'est pas seulement un nerf qui, impressionné, porte cette impression au cerveau qui la subit; la sensation a bien sa partie matérielle, ou instrument, mais elle n'est réellement sensation que par l'esprit, dont le rôle est actif. La digestion ne se passe pas dans une boite qui serait un ajoutage d'un ustensile de cuisine ; c'est une fonction d'un autre ordre, car la vie préside à son accomplissement.

« De la physiologie au roman, il n'y a qu'un pas, et souvent les auteurs eux-mêmes ne savent pas toujours ce qu'ils ont fait de ces deux choses, quand ils ont achevé leur livre.

« M. Marchal est allé jusqu'à la poésie de la science, qu'il a voulu résumer sans s'y perdre. Ceux qui voudront s'en convaincre n'auront qu'à lire ce qui, dans le chapitre *Digestion*, a trait à l'abstinence; ce qui, dans le chapitre *Des Sens*, a trait à la vision. D'ailleurs, l'élève (car c'est surtout ici un livre pour l'élève) qui commencera le premier chapitre lira le dernier, et relira tout ce qui a trait aux fonctions du système nerveux.

« Si on veut absolument que le livre de M. Marchal soit une réduction, on devra le comparer à une de ces statuettes si élégantes, et si justes en même temps, qui nous représentent des colosses sans l'omission du moindre détail. M. Marchal, c'est Burdach en miniature.

VARIÉTÉS.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

Notre intention était, d'abord, de rendre compte de ce concours comme nous l'avons fait pour celui de Médecine opératoire. Mais, cédant aux instances de celui de nos collaborateurs qui se trouve le plus intéressé dans la lutte qui vient de s'ouvrir, nous avons abandonné ce projet. Et d'ailleurs, par suite du même sentiment de délicatesse qui a inspiré la demande faite par M. Vidal, nous nous taisions, dans l'ancien compte-rendu, sur ses épreuves, tandis que nous faisions l'éloge de presque tous les autres, ce qui, en définitive, était tout simplement une injustice commise au préjudice de notre collaborateur. Mais, si nous consentons à ne pas intervenir directement dans la lutte et si nous pouvons nous abstenir de formuler des opinions personnelles sur le mérite des épreuves de ce concours, nous ne déposons

pas la plume pour cela. Il serait par trop singulier qu'un journal spécial de chirurgie fût précisément le seul à se taire sur un concours de chirurgie! Nous parlerons donc, mais en nous faisant l'écho des autres. Nous reproduirons par extrait leur compte-rendu. Et comme nous sommes disposé à extraire surtout ce qui pourra faire apprécier le mérite des candidats, on nous pardonnera sans doute de n'en exclure aucun, fût-il rédacteur des *Annales*.

Et, d'ailleurs, des questions de principes, de haute justice, peuvent s'élever pendant un concours. Ces principes sont quelquefois sacrifiés quand plusieurs voix ne se font pas entendre pour les soutenir. Nous serons donc là pour nous joindre à la presse indépendante, s'il y a lieu. Le jury de ce concours est trop bien composé pour supposer l'idée d'une injustice. Mais sa composition fût-elle encore plus heureuse, il ne pourrait prétendre à l'infaillibilité. D'ailleurs, les réflexions que nous aurions à faire ne s'adresseraient pas toutes au jury; il y a des faits d'influence, des accidens qui peuvent venir d'autre part ou qui sont indépendans des juges. Ainsi, il est certain que ces bruits de parti pris pour tel ou tel candidat, n'ont pas tous leur justification dans les dispositions connues du jury, et telle voix qu'on croit nécessairement acquise à tel candidat, est par le fait complètement indépendante. Il y a peut-être plus d'intrigues en dehors du jury que dans son sein même. Quoi qu'il en soit, nous constatons une espèce de démoralisation qui pèse sur presque tous les candidats. Un chirurgien d'un mérite réel refuse d'entrer en lice au moment où elle s'ouvre; un autre perd sa voix, paralysé au moment où l'on s'apprêtait à l'applaudir. Tous ou à-peu-près tous semblent subir une peine en faisant leur épreuve, et s'ils se montrent quelquefois avec leurs forces, il semble que c'est pour nous faire regretter qu'elles ne soient pas mieux employées. Nous nous bornons à constater ce fait de démoralisation que le jury et le public, qui assistent à la lutte, ont sans doute remarqué comme nous.

On s'est étonné qu'un clinicien de mérite, M. H. Larrey, ne figurât pas au nombre des candidats. Nous apprenons que, par l'effet d'un malentendu regrettable, ce chirurgien s'est présenté trop tard, c'est-à-dire lorsque la liste d'inscription était close légalement.

QUESTION ÉCRITE.

De l'infection purulente.

Nous serons bref sur cette première épreuve. Il serait fastidieux de revenir dix fois, sur le même sujet. Un point de la question nous semble avoir

été exposé, généralement, d'une manière incomplète : l'historique. Nous n'entrerons dans aucun détail à cet égard, notre intention étant de faire prochainement un travail sur cet objet.

M. Malgaigne a lu le premier. Le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*, que nous avons sous les yeux, après avoir rendu justice aux qualités de ce candidat, lui reproche de n'être pas toujours resté dans la question. — M. Vidal, dit le même rédacteur, a envisagé le sujet sous ses deux faces, dont l'une est médicale et l'autre chirurgicale. « Les causes de l'infection purulente ont été étudiées avec beaucoup de soin et une grande clarté. Comme cette maladie est presque incurable et qu'il faut surtout s'attacher à la prévenir, c'est dans l'étiologie qu'on doit chercher les moyens préventifs; M. Vidal a beaucoup insisté sur cette partie de la question. » Et, en réalité, c'était la plus importante. M. Vidal a tracé son cadre selon les règles de la saine philosophie médicale. Quand une question a été ainsi envisagée, on peut dire qu'elle a été traitée complétement, alors même que quelques points auraient souffert du défaut de temps. — La composition de M. Laugier « est l'œuvre d'un bon praticien et d'un homme qui a sérieusement réfléchi sur les grandes questions de la chirurgie. » — Celle de M. Boyer « n'a rien offert de remarquable. » — M. Thierry a fait preuve, comme toujours, de solides connaissances pratiques. — M. Chrétien s'est montré fidèle à la mémoire de Delpech et à la réunion immédiate. On lui reproche de ne l'avoir pas été assez à la question. — M. Berard : « Comme valeur scholastique, la composition de ce candidat est irréprochable. Rien n'a été omis : définition, synonymie, causes, symptômes, marche, terminaison, diagnostic, pronostic, traitement, tout a été parfaitement mesuré, parfaitement écrit, parfaitement lu. M. Bérard a captivé l'attention des juges, qui désirent un professeur dont le talent consiste à bien exposer la science. — « La composition de M. Robert n'a point pâli auprès de celles de M. Bérard. » — M. Chassaignac « a un talent d'exposition remarquable; sa pensée est toujours exprimée sous une forme élégante et claire. Il n'a eu le temps que de traiter la partie dogmatique de la question. » — M. Huguier a su rendre le public difficile à son égard. *Bonne renommée oblige* : M. Huguier ne l'oubliera pas. M. de C.

MARCHAL (DE CALVI), *Rédacteur-gérant.*

TABLE DES MATIÈRES.

